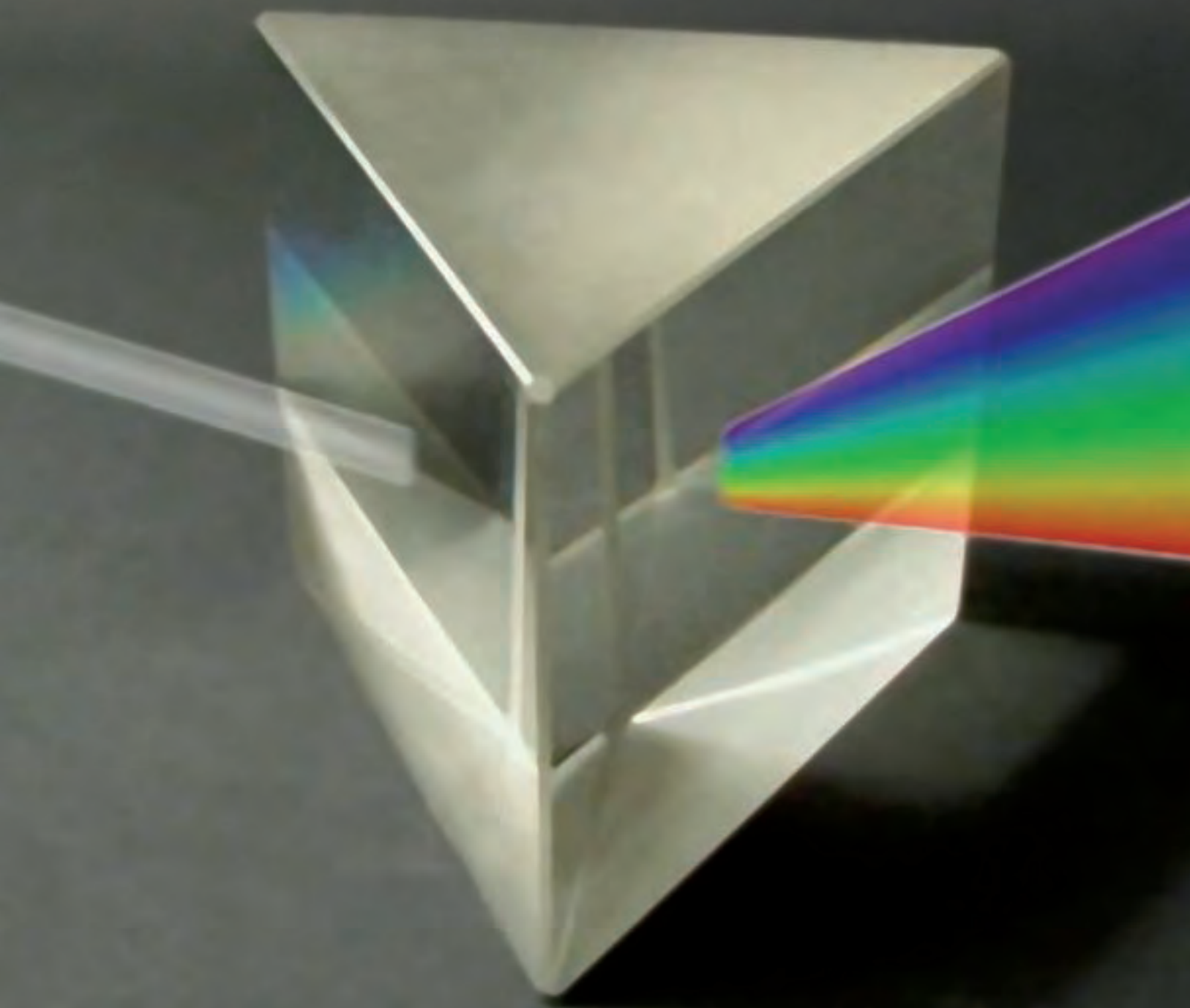


# Evaluación en Rehabilitación Psicosocial







# **Evaluación en Rehabilitación Psicosocial**



# Evaluación en Rehabilitación Psicosocial

# Evaluación en Rehabilitación Psicosocial

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (FEARP)  
www.fearp.org

## CONSEJO EDITORIAL

### EDITORES

Martín L. Vargas (Castilla y León)

Rafael Touriño (Canarias)

### EDITOR EMÉRITO

Ramón Blasi (Cataluña)

### CONSEJO DE REDACCIÓN

Ana García (Extremadura)

Daniel Navarro (FISLEM, Castilla – La Mancha)

Ana Vallespí (Aragón)

Inmaculada Fuentes (Valencia)

Jaime Fernández (Canarias)

Soraya Masa (FUNDESALUD, Extremadura)

Rafael Penadés (Cataluña)

### CONSEJO ASESOR

Jorge Arévalo (Castilla y León)

Miguel Castejón (Madrid)

Begoña Frades (Valencia)

Ricardo Guinea (Madrid)

Rafael Inglott (Canarias)

Clara López (Madrid)

Juan José Martínez (Asturias)

Manuel Muñoz (Madrid)

Antonio Sánchez (Canarias)

Pilar Tomás (Valencia)

Tina Ureña (Cataluña)

Óscar Vallina (Cantabria)

Olga Carrasco (Castilla – La Mancha)

Víctor Devolx (Castilla – La Mancha)

Juan González (Madrid)

María Victoria Gómez: (Extremadura)

Natalia Jimeno (Castilla y León)

Marcelino López (Andalucía)

César Martín (Extremadura)

José Pereira (Canarias)

Antonio Tarí (Aragón)

Abelardo Rodríguez (Madrid)

José J. Uriarte (País Vasco)

### DATOS DE CONTACTO:

Rafael Touriño

Equipo Coordinador de Centros de Día

Hospital Juan Carlos I

C/ Real de Castillo 152

35014 Las Palmas de Gran Canaria

Teléfonos: 938 30 27 27/23 - 630 44 30 69

Email: rafatougou@yahoo.es

ISBN: 978-84-614-1605-9

Depósito Legal: VA. 462.-2010

Imprime: Gráficas Andrés Martín, S. L.  
Paraíso, 8  
47003 Valladolid

### Coordinadores de la obra:

Jaime A. Fernández, Rafael Touriño, Natalia Benítez, Cristina Abelleira

**Esta obra se citará como:** Jaime A. Fernández, Rafael Touriño, Natalia Benítez, Cristina Abelleira.  
(Editores). Evaluación en Rehabilitación Psicosocial. Valladolid, FEARP, 2010.

### NOTA EDITORIAL

Este libro corresponde al volumen 6 (año 2009) de Rehabilitación Psicosocial. Por sus características se ha considerado más adecuado editarlo en formato libro, si bien integrado en la colección editorial de la revista Rehabilitación Psicosocial, que en 2010 continuará su edición en el formato habitual de revista.

## ÍNDICE

- 9 Índice de autores
- 13 **Prólogo**  
*Jaime A. Fernández, Rafael Touriño, Natalia Benítez, Cristina Abelleira*
- 15 **1. Marco teórico de la evaluación: desde la rehabilitación psicosocial a la recuperación**  
*Carmen Valiente, Carmelo Vázquez, Simon Peter Smith*
- 31 **2. Fundamentos teóricos de la evaluación conductual y funcional**  
*Juan I. Fernández Blanco*
- 39 **3. El Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), evaluación y reformulación**  
*Juan I. Fernández Blanco*
- 51 **4. La entrevista de evaluación en rehabilitación psicosocial**  
*Juan González Cases, Francisco González Aguado, Alberto Fernández Liria, Beatriz Rodríguez Vega*
- 65 **5. Evaluación del riesgo del suicidio**  
*Natalia Benítez Zarza*
- 77 **6. Evaluación del abuso de drogas en personas con trastorno mental grave**  
*Jaime A. Fernández*
- 97 **7. Prevención de recaídas: Evaluación de la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento**  
*Cristina Abelleira Vidal, Rafael Touriño González*
- 111 **8. Evaluación de las funciones cognitivas en rehabilitación psicosocial**  
*Martín L. Vargas, Juan Carlos Sanz, Beatriz López Luengo*
- 125 **9. Evaluación familiar. en rehabilitación psicosocial**  
*Rafael Touriño González, Ernesto Baena Ruiz, Natalia Benítez Zarza, Cristina Abelleira Vidal, Jaime A Fernández*
- 135 **10. Evaluación del funcionamiento ocupacional**  
*Ana Abad Fernández, Montse Rincón*
- 149 **11. Evaluación de la salud física y del estilo de vida en el trastorno mental grave**  
*Tomás Sánchez, M.ª Luz Torralba, M.ª José Montoya, M.ª Carmen Gómez, Rafael Touriño*
- 163 **12. Evaluación de las habilidades sociales en rehabilitación psicosocial.**  
*Sira Orviz García, Teresa Novoa Herrera, Mariola Palacios González*
- 175 **13. El periodo de evaluación en rehabilitación laboral de personas con trastorno mental grave.**  
*José Augusto Colís, Virginia Galilea, Paloma Carreras, Eugenia Cornide, Carina Fernández, Carlos Molinero*
- 195 **14. Evaluación en entornos residenciales comunitarios**  
*Marcelino López, Luis Fernández, Margarita Laviana*



- 213 **15.** Evaluación en Unidades de Rehabilitación Hospitalaria:  
Un balance entre síntomas, funcionalismo, necesidades,  
expectativas y soporte comunitario  
*Cristina Gisbert, Jordi Cid Colom*
- 233 **16.** Evaluación de la calidad de vida en rehabilitación psicosocial  
*Rafael Touriño González*
- 243 **17.** Evaluación en el tratamiento asertivo comunitario  
*Juan José Martínez Jambrina, Angel Roberto Fernández García*
- 257 **18.** Evaluación de población sin hogar con enfermedad mental  
*María Fe Bravo Ortiz, Fran Recalde Iglesias, María Isabel Vázquez Souza*
- 271 **19.** Evaluación de resultados de la rehabilitación psicosocial  
*Manuel Muñoz López, Sonia Panadero Herrero, Abelardo Rodríguez González*
- 289 **20.** El estado de la evaluación en rehabilitación psicosocial en España.  
Primeras aproximaciones.  
*Ananías Pastor Martínez, M.ª Luz Pradana Carrión, Olga Carrasco Ramírez, Liana Vehil Blanco*
- 305 **21.** Evaluación global de la atención a la enfermedad mental grave.  
*José Juan Uriarte*

## ÍNDICE DE AUTORES

**Abelardo Rodríguez González**

*Psicólogo. Consejería de Familia y Asuntos Sociales Comunidad de Madrid*

**Alberto Fernández Liria**

*Psiquiatra, Coordinador de Salud Mental del Área 3 de Madrid. Universidad de Alcalá*

**Ana Abad Fernández**

*Terapeuta Ocupacional. CRPS «Vázquez de Mella».*

*Plan de Atención Social a personas con Enfermedad Mental Crónica (PASPEMC) Madrid*

**Ananías Pastor Martínez**

*Psicólogo Clínico. Presidente de la sección de rehabilitación de la AEN Coordinador de los dispositivos específicos de rehabilitación del IPSSM José Germain. Madrid*

**Ángel Roberto Fernández García**

*Psiquiatra ETAC Avilés, Asturias*

**Beatriz López Luengo**

*Psicóloga, Universidad de Jaén, Andalucía*

**Beatriz Rodríguez Vega**

*Psiquiatra, Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid*

**Carina Fernández**

*Psicóloga del Centro de Rehabilitación Labora «Nueva Vida». Comunidad de Madrid*

**Carlos Molinero**

*Psicólogo del Centro de Rehabilitación Labora «Nueva Vida». Comunidad de Madrid*

**Carmelo Vázquez**

*Psicólogo, Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid*

**Carmen Valiente**

*Psicóloga. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid*

**Cristina Abelleira Vidal**

*Psicóloga, Equipo Coordinador del Programa de Centros de Día de Rehabilitación Psicosocial de Gran Canaria*

**Cristina Gisbert**

*Médico Psiquiatra. Jefe del Servicio de Rehabilitación. IAS. Girona*

**Ernesto Baena Ruiz**

*Psicólogo del Equipo Coordinador del Programa de Centros de día de Rehabilitación Psicosocial de Gran Canaria*

**Eugenia Cornide**

*Técnico Superior en Integración Social. Preparadora Laboral del Centro de Rehabilitación Laboral «Nueva Vida». Comunidad de Madrid*

**Fran Recalde Iglesias**

*Psicólogo coordinador del Proyecto de Rehabilitación e Inserción Social de Enfermos Mentales Crónicos Sin Hogar; (PRISEMI) Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid*

**Francisco González Aguado**

*Psiquiatra del centro de salud mental de Alcalá de Henares. Profesor del master de Psicoterapia de Integración de la Universidad de Alcalá. Madrid*

**Jaime A. Fernández**

*Psicólogo, Equipo Coordinador del Programa de Centros de día de Rehabilitación Psicosocial de Gran Canaria. Presidente de la Asociación Canaria de Rehabilitación Psicosocial*

**José Juan Uriarte**

*Psiquiatra, Jefe de Servicio de la Unidad de Gestión clínica (HP Zamudio, Bilbao, País Vasco). Miembro de la Junta de Gobierno de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FERP) y de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR)*

**Jordi Cid Colom**

*Psicólogo clínico. Servicio de Rehabilitación. IAS. Girona*

**José Augusto Colis**

*Codirector y Responsable Técnico de los Talleres Rehabilitadores del Centro de Rehabilitación Laboral «Nueva Vida». Comunidad de Madrid.*

**Juan Carlos Sanz**

*Psicólogo, Centro de Rehabilitación Psicosocial de Mérida, Extremadura*

**Juan González Cases**

*Psicólogo, director del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares, Madrid*

**Juan I. Fernández Blanco**

*Psicólogo, director del Centro de Día de Apoyo Comunitario de Alcalá de Henares, Madrid*

**Juan José Martínez Jambrina**

*Psiquiatra ETAC, Avilés, Asturias*

**Liana Vehil Blanco**

*Psicóloga Clínica. Secretaria de la sección de rehabilitación de la AEN Coordinadora del Centro de Día Rubí. Barcelona*

**Luis Fernández. Psiquiatra**

*Departamento de programas, evaluación e investigación. FAISEM*

**M.<sup>a</sup> Carmen Gómez**

*Enfermera, Centro de Día de Rehabilitación Psicosocial del Puerto, Las Palmas de Gran Canaria*

**M.<sup>a</sup> José Montoya**

*Enfermera Especialista en Salud Mental, supervisora Unidad de Internamiento Breve del Hospital Materno-Insular de Gran Canaria*

**M.<sup>a</sup> Luz Pradana Carrión.**

*Psicóloga Clínica. Centro de Rehabilitación Psicosocial de Getafe. Madrid*

**M.<sup>a</sup> Luz Torralba**

*Psiquiatra, Unidad de Salud Mental del Puerto, Las Palmas de Gran Canaria*

**Manuel Muñoz López**

*Facultad de Psicología Universidad Complutense de Madrid*

**Marcelino López Álvarez**

*Psiquiatra y Sociólogo. Director de programas, evaluación e investigación. Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM)*

**Margarita Laviana**

*Psicóloga Clínica. Coordinadora de Comunidades Terapéuticas. Área de Salud Mental del Hospital Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud*

**María Fe Bravo Oré**

*Psiquiatra. Psicóloga jefa de servicio de psiquiatría área V Madrid, Hospital Universitario La Paz*

**María Isabel Vázquez Souza**

*Psiquiatra. Programa de Atención Psiquiátrica a Enfermos Mentales Sin Hogar. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)*

**Mariola Palacios González**

*Psicóloga, Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni Torrelavega, Cantabria.*

**Martín L. Vargas**

*Psiquiatra, Complejo Asistencial de Segovia, Castilla y León*

**Montse Rincón**

*Terapeuta Ocupacional, Centro Penitenciario Madrid IV. P.I.P.S. (Programa de intervención psicosocial de personas reclusas con Enfermedad Mental Crónica). CAM, Navalcarnero. Madrid*

**Natalia Benítez Zarza**

*Psicóloga, Equipo Coordinador del Programa de Centros de día de Rehabilitación Psicosocial de Gran Canaria*

**Olga Carrasco Ramírez**

*Psicóloga. Coordinadora de Programa de Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de FISLEM; Castilla La Mancha*

**Paloma Carreras**

*Psicóloga, Técnico en Empleo del Centro de Rehabilitación Laboral «Nueva Vida». Comunidad de Madrid*

**Rafael Touriño González**

*Psiquiatra Coordinador del Programa de Centros de día de Rehabilitación Psicosocial de Gran Canaria. Profesor Asociado de Psiquiatría de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria*

**Ricardo Guinea**

*Médico psicoterapeuta, Presidente de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial (FEARP) y miembro de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR). Hospital de Día Madrid*

**Simon Peter Smith**

*Psicólogo. Centro de Rehabilitación Psicosocial Martínez Campos*

**Sira Orviz García**

*Psicóloga, Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni Torrelavega, Cantabria*

**Sonia Panadero Herrero**

*Facultad de Psicología Universidad Complutense de Madrid*

**Teresa Novoa Herrera**

*Psicóloga, Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni Torrelavega, Cantabria*

**Tomás Sánchez**

*Psiquiatra, Hospital de Día Osuna, Andalucía*

**Virginia Galilea**

*Psicóloga, Codirectora del Centro de Rehabilitación Laboral «Nueva Vida». Comunidad de Madrid.*



# Prólogo

## Los coordinadores del libro

*...la obra de caridad más propia de nuestro tiempo: no publicar libros superfluos*

J. ORTEGA Y GASSET. 1937;

A partir del último tercio del siglo XX, se ha ido extendiendo la rehabilitación psicosocial como un nuevo paradigma que complementa la asistencia a las personas con trastorno mental grave. Hoy ya es considerada como una parte sustancial del tratamiento comunitario en salud mental, capaz de ofrecer una respuesta eficaz y cuidadosa a estas personas. Cuidadosa porque amplía el ejercicio de sus derechos como ciudadanos: derecho a un trabajo, a una vivienda digna, al uso y disfrute de los recursos comunitarios como piscinas, bibliotecas, cines, campos de fútbol, etc. Es cuidadosa también no solo por sus objetivos, sino también por la «forma», por el modo en que se buscan. Se considera a los usuarios no sólo como enfermos, sino también como personas con valores, cualidades y potencialidades; no sólo como receptores pasivos de tratamientos, sino también agentes activos del mismo con capacidad de decisión.

Los primeros centros de rehabilitación psicosocial (CRPS) surgen en España a finales de los 80, siguiendo un paradigma de rehabilitación y recuperación, donde además de tratar los síntomas se hace hincapié en las habilidades conservadas y en la adaptación funcional al entorno. Con este nuevo enfoque se ve que el funcionamiento adaptado al entorno es independiente del tipo de trastorno mental (diagnóstico) y de los síntomas del paciente. Es decir, la presencia de síntomas, por ejemplo las alucinaciones, no tiene por qué impedir el desarrollo de ciertos roles sociales, como por ejemplo el trabajo. Es más, el avance en el desempeño de roles y derechos sociales incide en la disminución de los síntomas y mejora la evolución del trastorno a largo plazo.

Después de los centros de rehabilitación psicosocial (CRPS) surgieron dispositivos complementarios siguiendo el mismo paradigma: centros de rehabilitación laboral, minirresidencias integradas en la comunidad, centros de día, empresas sociales, fundaciones, pisos y pensiones supervisados, programas de empleo protegido, programas para las personas con trastorno mental sin hogar, para el trastorno dual (con consumo de drogas, con discapacidad intelectual o sensorial), tratamientos asertivo comunitario, equipos de calle, etc.

La rehabilitación psicosocial es aun un campo emergente con sistemas públicos de rehabilitación psicosocial incompletos. Las redes necesitan mejorar para adaptarse a las necesidades de las personas con trastorno mental grave (PTMG), incorporando nuevos equipos multi-profesionales: psicólogos, trabajadores sociales, médicos, terapeutas ocupacionales, monitores, educadores, enfermeros, etc.

Profesiones muchas de las cuales carecen dentro de sus planes de estudio oficiales de temas de rehabilitación psicosocial. Efectivamente hay una carencia formativa en la metodología de instrumentación técnica de evaluación e intervención. La praxis profesional se ha tenido que crear ex nihilo, improvisar desde las aptitudes personales o, en el mejor de los casos, adaptar de otros países, no existiendo una teoría que guíe estas prácticas. La dificultad de encontrar o construir una teoría en torno a la rehabilitación se ha suplido hasta ahora con una organización pragmática y funcionalista. Afortunadamente la literatura y los cursos de formación en rehabilitación psicosocial, al paso de los años, ha aumentado considerablemente. Pero aun permanece un vacío entre la teoría y la práctica, advertido por B. Saraceno: «...la Rehabilitación, entendida hoy como estrategia y práctica oficial de la psiquiatría, es esencialmente una práctica en espera de la teoría»<sup>1</sup>.

La evaluación en rehabilitación psicosocial también requiere de una teoría que enlace los conceptos de los sistemas de evaluación y rehabilitación, de forma que llegue de una manera lógica a programas específicos<sup>2</sup>. Conscientes de esta carencia formativa, este libro pretende avanzar en la dirección de la especialización del «saber rehabilitador», que trasciende los conocimientos genéricos de cada una de las distintas profesiones.

La evaluación es la primera fase del proceso de rehabilitación, guía y planifica la intervención, facilitando la elaboración del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR). A partir de la evaluación se programan los objetivos de rehabilitación, se diseñan las intervenciones y se controlan los resultados<sup>3</sup>. Este proceso de planificación viene plagado de incertidumbre y la evaluación ayuda a reducirla.

La rehabilitación psicosocial es un proceso continuo, y los cambios que induce a través del tiempo siguen un patrón característico en función no sólo de las variables personales y sociales, sino también del tipo de tratamiento que la persona recibe. La evaluación debe de dilucidar el sentido de este «cambio»<sup>2</sup>. Para ello es necesario considerar detenidamente la naturaleza de las relaciones funcionales entre las distintas variables del campo, la alteración en una medida no implica cambios en otras variables relacionadas o puede inducir cambios inesperados<sup>4</sup>. Las relaciones entre las variables no son siempre lineales, sino funcionales.

Este manual se postula como obra de referencia y consulta para todos aquellos profesionales implicados en rehabilitación psicosocial. Su objetivo es proporcionar material teórico y práctico, a profesionales y estudiantes, sobre todos los aspectos de la evaluación en rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental severo.

Los contenidos se han estructurado en cuatro bloques. Dentro del primer bloque se establecen los argumentos conceptuales y metodológicos. El primer capítulo constituye el marco teórico de la evaluación de resultados. El

segundo ahonda en los fundamentos básicos de la evaluación. En el capítulo 3 se hace una transición desde estos fundamentos hacia aspectos metodológicos con el plan individualizado de rehabilitación (PIR). Este bloque se cierra con la entrevista de evaluación, donde se recogen las habilidades generales y las destrezas más específicas dentro de un contexto de rehabilitación psicosocial.

El segundo bloque del libro es el más amplio y está dedicado a los contenidos prácticos y aplicados. Este bloque revisa las principales áreas de evaluación del campo de la rehabilitación psicosocial, empezando por las más clínicas, los cinco primeros capítulos del bloque. Aquí, además de recoger los contenidos tradicionales del campo de la rehabilitación psicosocial, destacan temas más novedosos, con menor referencia bibliográfica, como son la valoración del riesgo suicida o del estado de salud. Tanto en el capítulo 5 (evaluación del trastorno dual) como en el 6 (evaluación del insight) se examinan los métodos de evaluación específicos para las personas con trastornos mentales graves, y se consideran las diferentes dimensiones de la evaluación en ambas áreas. El capítulo 7 (evaluación de las funciones cognitivas) revisa los procesos cognitivos relacionados con el pronóstico en rehabilitación psicosocial y propone un sistema de evaluación en este ámbito. La «Evaluación del estado de salud en el trastorno mental severo» es uno de los temas con menor tradición y menos estudiado, a pesar de la alta incidencia de patologías no mentales que presenta la población con trastorno mental grave.

Este segundo bloque continúa por los aspectos más cercanos a lo psicosocial, los cinco capítulos siguientes conforman el tronco de la intervención en rehabilitación psicosocial: evaluación del área familiar, de la autonomía personal y funcionamiento ocupacional, de las habilidades sociales y del área formativo-laboral.

El tercer bloque agrupa los capítulos sobre áreas de evaluación condicionadas por estructuras más específicas o especializadas de la rehabilitación. Contiene algunos temas inéditos, o de escasa edición, dentro del campo de la rehabilitación psicosocial a pesar de su gran empuje y creciente protagonismo, como son: evaluación en entornos residenciales, evaluación de población sin hogar, evaluación en el tratamiento asertivo comunitario. Por otro lado, la evaluación en unidades de rehabilitación hospitalaria (larga estancia) es un tema que, a pesar de ser clásico, apenas se dispone de bibliografía, fruto de la menor atención que le prestamos los propios profesionales. Algo insostenible por más tiempo si tenemos en cuenta el importante número de personas que aún viven dentro de estas estructuras hospitalarias.

Por último, en el cuarto bloque se abordan cuestiones referidas a la evaluación de resultados y el estado actual de la evaluación en rehabilitación psicosocial en España. Dentro de este bloque figuran los capítulos de: evaluación de la calidad de vida, evaluación de resultados y finaliza con un estudio descriptivo sobre la realidad actual de la

evaluación en rehabilitación psicosocial en España. Sus conclusiones constituyen una de las escasas oportunidades que facilitan una aproximación analítica, objetiva y crítica al estado de la rehabilitación en España.

Para la elaboración de esta obra se ha contado con la participación de 50 profesionales de diferentes disciplinas (médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, técnicos, etc.) e instituciones (hospitales, universidades, asociaciones de profesionales, etc.). Se ha logrado reunir a autores tanto de diferentes comunidades autónomas como de diferentes centros de trabajo a fin de ofrecer los mejores conocimientos en cada área. A todos ellos agradecemos su esfuerzo y colaboración.

Una participación tan heterogénea suma diferentes visiones de la evaluación aunque, también es cierto, puede disminuir la unidad de la obra. El libro se acerca al proceso de evaluación de una forma ordenada, exhaustiva y poliédrica, pensada desde diferentes grupos de trabajo. Cada uno ha aportado su visión y con muchos de ellos hemos discutido y aprendido, algo que esperamos se contagie al lector.

Este manual no pretende ser una obra definitiva, sino un primer escalón en el estudio de los procesos de evaluación y planificación del tratamiento en rehabilitación psicosocial. Un «pararse a pensar» la evaluación en la dirección de un conocimiento especializado sin perder de vista la globalidad del proceso asistencial. Esperamos que muchos lectores puedan contribuir al desarrollo futuro de este campo desde la base que aquí se ofrece. El crecimiento en cantidad y calidad alcanzado por las redes de rehabilitación psicosocial urge la disponibilidad de manuales de estas características dentro de la bibliografía básica. Esta y no otra ha sido la razón que nos ha llevado a promover el proyecto de esta obra, en la convicción de que, hoy por hoy, no es un libro superfluo<sup>5</sup>.

## Bibliografía

1. Sarraceno B, Montero F (1993): La rehabilitación entre modelos y prácticas. En V. Aparicio (coord): Evaluación de Servicios en Salud Mental. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, pag. 313-321.
2. Valiente C, Sechrest L. (1996) Evaluación de la efectividad de programas de rehabilitación psicosocial. En Aldaz y Vázquez (comps). Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Siglo XXI Madrid:341-372.
3. Fernandez Blanco JI, Cañameres JM, Otero V (1997). Evaluación funcional y planificación de la intervención en rehabilitación psicosocial. En A Rodríguez «Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos»; Ediciones Pirámide. Madrid:103-116.
4. Vázquez C, Muñoz M, Muñoz E, López B, Hernangómez L, Díez M (2000). La evaluación de resultados en el tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales crónicos. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 2000, vol XX, n.º 74:207-228.
5. Ortega y Gasset, J, La rebelión de las masas. Primera edición 1937; decimo tercera edición 1956. Espasa-Calpe, Madrid.



# Capítulo 1. Marco Teórico de la Evaluación: desde la Rehabilitación Psicosocial a la Recuperación\*

Carmen Valiente, Carmelo Vázquez y Peter Simon

El interés por la evaluación de programas de rehabilitación es bastante reciente ya que históricamente, por diversas razones, ha habido una notable apatía por evaluar la eficacia de las intervenciones en el ámbito de la salud mental<sup>1</sup>. El objetivo de este capítulo es reflexionar sobre cuáles son los principales dominios de análisis que debería incluir una adecuada evaluación de resultados en el tratamiento de pacientes con trastornos mentales graves y efectuar un repaso de los principales instrumentos empleados para este propósito, presentando sus características principales y sus ventajas e inconvenientes. Pero antes de ello, y más importante aún, efectuaremos una reflexión sobre las suposiciones, con frecuencia ocultas o implícitas, que subyacen a los propios programas y/o evaluaciones, que orientan y determinan la estrategia de análisis, los métodos empleados, y los instrumentos seleccionados.

Nos centraremos sobre todo en la evaluación de resultados (*outcomes*) en el área de los trastornos mentales graves, lo que suele tener como objetivo primordial a los usuarios o clientes de los servicios. Pero, evidentemente, los propios programas y servicios pueden también ser sometidos a evaluación aunque esto requiere estrategias de análisis y metodologías diferentes a las que expondremos en este capítulo<sup>2</sup>.

Una primera cuestión central que moldea todo el espíritu y las estrategias de la evaluación es el concepto subyacente de lo que se considere «trastorno mental crónico». Este es un elemento que aún hoy es clave para comprender los límites del terreno en el que se puede enmarcar un proceso de evaluación. La elección de esos términos no es inocua ni inocente. ¿Se trata de trastornos o de enfermedades? ¿Por qué necesaria y axiomáticamente «crónicas»? Por ejemplo, el debate sobre si las denominadas esquizofrenias son o no una *enfermedad* está aún hoy, cien años después de Kraepelin y Bleuler, abierto y sometido a una disputa entre defensores<sup>3</sup> y detractores<sup>4, 5</sup>. Esta discusión no es en modo alguno irrelevante pues el paradigma de «enfermedad mental», en sí mismo, típicamente tiende a poner el peso de la evaluación en síntomas y signos (psicopatológico, neuropsicológico, neurológico, fisiológico, etc.). De hecho, la evaluación clínica ha estado sometida a esta mirada más medicalizada durante décadas y probablemente la mayoría de los instrumentos disponibles se han orientado en esta dirección.

La idea de la *cronicidad* es otro concepto subyacente que necesita una cierta reflexión<sup>6, 7</sup>. Sin duda la visión kraepeliniana de la evolución de la demencia precoz fue profundamente pesimista, por diversas razones y avatares de la propia biografía del autor<sup>8</sup>, y ha influido en la mirada de los clínicos e investigadores durante décadas. Para Kraepelin, la

demencia precoz evoluciona *necesariamente* hacia la cronicidad y el deterioro. Resulta curioso que esta ominosa perspectiva se haya impuesto de algún modo cuando se resalta la cronicidad de un trastorno en la actual denominación de muchos Servicios asistenciales psiquiátricos y rehabilitadores de nuestro país. Sin embargo, los datos sobre la evolución de la esquizofrenia, en concreto, no son tan negativos<sup>9</sup>. Incluso en este tipo de problemas las estadísticas indican que la *recuperación* es también un posible resultado para algunas personas afectadas (ver Tabla 1) y, de hecho, como propondremos más adelante, este horizonte de recuperación debería permeabilizar la filosofía de la rehabilitación. Como críticamente mantenía Ciompi<sup>10</sup>:

«No hay tal cosa como un curso de la esquizofrenia. Indudablemente, el potencial para la mejora ha sido groseramente infraestimado durante mucho tiempo. Lo que se llama 'el curso de la esquizofrenia' se asemeja más estrechamente a un proceso vital abierto a una gran diversidad de influencias de todo tipo que a una enfermedad con un curso dado» (p. 480).

TABLA 1. Porcentajes de recuperación de pacientes diagnosticados de esquizofrenia en dos clásicos estudios longitudinales a largo plazo. (Citado en Read et al., 2004)

	Grave	Moderado	Ligero	Recuperado
Clínica Burgholzi – Manfred Bleuler (1972). Seguimiento de 20 años	15	17	38	30
Luc Ciompi (1980). Seguimiento de 37 años	20	26	22	30

## 1. La encrucijada actual de la evaluación

### 1.1. Del síntoma a la discapacidad

El modelo de síntomas y signos ha dominado claramente la escena en las últimas décadas pero, esté o no desenfocado como punto de partida, finalmente resulta insuficiente. El caso de las esquizofrenias no es excepcional. En problemas como la depresión, por ejemplo, el modelo médico ha penetrado tanto en nuestra mentalidad clínica e investigadora que la eficacia de prácticamente

\* Este trabajo ha sido posible, en parte, gracias a una financiación del Ministerio de Ciencia y Tecnología (SEJ2006-02682) y (SEJ2006-14514).



todas las intervenciones se contrasta comprobando casi exclusivamente en si ha habido una determinada reducción de puntuaciones en escalas de síntomas<sup>11</sup>. Esta aproximación es insuficiente al menos por dos razones. En primer lugar, el criterio de mejoría es raquítrico (una reducción de un 50% de los síntomas sobre la línea base suele bastar para avalar que un tratamiento «funciona») cuando, en realidad, se debería ser mucho más exigente y requerir no sólo ausencia de síntomas sino, sobre todo, ausencia de recaídas y recurrencias. Esta idea se acerca más, sin duda a un criterio de *recuperación* como horizonte deseable y ya exigible de cualquier intervención eficaz en depresión<sup>12</sup>. En segundo lugar, y aún más importante, se requiere saber qué problemas de funcionamiento puede tener un paciente depresivo pues, relativamente independiente de la gravedad de los síntomas, su funcionamiento social, emocional y laboral puede estar seriamente comprometido<sup>11</sup>. Los problemas mentales ocupan un lugar destacado entre las condiciones y trastornos causantes de discapacidad. En términos de los años de vida que una persona puede vivir plenamente, la esquizofrenia supone un coste muy elevado en el grupo de edad entre los 15 y 44 años<sup>13</sup> – ver Tabla 2.

TABLA 2. Principales causas de discapacidad en el mundo (años de vida ajustados por la discapacidad ocasionada por el trastorno), para el grupo edad de los 15 a los 44 años (Murray y López, 1996)

TRASTORNO O CONDICIÓN	Orden por grado de discapacidad
Depresión mayor unipolar	1
Tuberculosis	2
Accidentes de tráfico	3
Consumo de alcohol	4
Daños autoprovocados	5
Trastorno bipolar	6
Guerra	7
Violencia	8
Esquizofrenia	9
Anemia ferropénica	10

Como ya hemos expuesto más detalladamente en otro lugar<sup>14</sup>, en nuestra opinión los propios principios epistemológicos que guían la denominada rehabilitación psiquiátrica (RP) han contribuido eficazmente a esta nueva mirada que pone énfasis en el funcionamiento de la gente con problemas. Las definiciones de RP han enfatizado, prácticamente desde siempre, la necesidad de centrarse en el funcionamiento y el intento de (re)construir capacidades:

«...restaurar a una persona con discapacidades, si no al nivel de funcionamiento y posición social que tenía antes del comienzo de la enfermedad, por lo menos a una situación en la que pueda hacer un mejor uso de sus capacidades residuales dentro de su contexto social»<sup>15</sup>;  
«El objetivo de la rehabilitación es el logro de la completa ciudadanía de los usuarios: política, jurídica, civil y económica»<sup>16</sup>.

El énfasis de la rehabilitación psicosocial en el funcionamiento cotidiano es fundamental no sólo para seleccionar instrumentos de medida de resultados sino, lo que es más importante, para orientar las propias intervenciones. En el caso concreto de las esquizofrenias, hay abundantes datos que demuestran que, frente al criterio kraepeliniano de que el diagnóstico debería informar fielmente de la evolución de un cuadro, en realidad la etiqueta psiquiátrica informa peor sobre la evolución del trastorno y el resultado final que, por ejemplo, el uso de dimensiones como las conocidas dimensiones de síntomas positivos vs. síntomas negativos<sup>17</sup>.

## 1.2. Nuevos retos: del síntoma a la recuperación

La recuperación como objeto de estudio es relativamente nueva en el área de los denominados trastornos mentales graves. La mera idea de que puede haber posibilidades de recuperarse de una enfermedad ya etiquetada como «crónica» parece ser una contradicción de términos y, en cualquier caso, lo que puede significar la recuperación en sí mismo es una cuestión complicada. (En este capítulo, en consecuencia, no emplearemos el término de «enfermedad mental crónica» sino de «trastorno mental grave»).

No obstante, los avances tanto farmacológicos como psicosociales nos permiten, hoy en día, hablar de recuperación como meta<sup>18</sup>. El concepto de recuperación es un constructo complejo que implica un aumento de funcionamiento psicosocial y apoyo recibido, una disminución de las fuentes de estrés, una mejora del funcionamiento deficiente, así como el poner freno al deterioro de la calidad de vida incorporando completamente los recursos disponibles<sup>19</sup>. Recuperarse no quiere decir que el trastorno mental haya desaparecido, ni que el funcionamiento se haya restablecido plenamente. La recuperación es hasta cierto punto inconmesurable en la medida que es un proceso único y personal que implica cambios de actitudes, valores, sensaciones, objetivos, habilidades y roles. Recuperar la salud mental es mucho más que recobrar de la enfermedad, conlleva la recuperación del estigma, de la falta de recursos, de las contrariedades de la vida e incluso de la pobreza y otras dificultades, de la desesperanza asociada a múltiples fracasos, etc.<sup>19</sup>. Asimismo, implica también superar el trauma inherente a sufrir un trastorno mental grave o recibir tratamiento psiquiátrico.

El estado de la investigación en ese tema se ha desarrollado según varias líneas distintas, con diferentes aportaciones en la evaluación e intervención de estos problemas. Esas líneas incluyen estudios subjetivos, principalmente realizados por personas «recuperadas», estudios de los valores básicos y filosofía de administración e implementación de servicios orientados hacia la recuperación, estudios de definiciones operativas del concepto de la recuperación y de los factores que lo influyen, y estudios que abarcan la definición de las «fases» de la recuperación. Pasemos a revisar dichas líneas.

### a. Estudios subjetivos: La voz de los pacientes

Los estudios subjetivos parecen insistir en que la recuperación es más bien una *actitud*, tal y como refleja Anthony<sup>19</sup>:

«Una persona con una enfermedad mental puede recuperarse aunque la enfermedad no esté curada... [La recuperación] es una manera de vivir una vida productiva, esperanzadora y satisfactoria a pesar de las limitaciones impuestas por la enfermedad. La recuperación tiene que ver con la creación de nuevos significados y sentidos de la vida a la vez que la persona crece más allá de los efectos de la enfermedad mental».

Estas vivencias subjetivas son de un valor extraordinario, ya que definen aspectos fundamentales de las dificultades habituales con las que se topa el clínico. Ejemplos claros pueden ser la experiencia fenomenológica del propio síntoma o la estigmatización y exclusión social, pero también, y quizá más importante aún, el rechazo a vivir tomando fármacos de forma continuada<sup>20</sup>, así como, la indefensión aprendida asociada con los procesos de cronicación implícitos en el camino de la locura<sup>21</sup>. La psiquiatría más tradicional, que enfatiza el biologicismo y da poco valor a la escucha empática, podría vislumbrar en estos trabajos un cierto tono anti-psiquiátrico. Desde esta perspectiva centrada en la persona se tiende a valorar aspectos más bien propios de la psicoterapia, como es la alianza terapéutica y la colaboración en el establecimiento de metas y métodos de trabajo psicoterapéutico. Las implicaciones de este cambio de actitud son variadas y tremendamente importantes para aquellos que planifican y administran tratamientos a personas con trastornos mentales graves. Lo que expresa esta línea de trabajo es una actitud básica de trabajo en colaboración, en el sentido más amplio de la palabra, exigido directamente por las personas que padecen el trastorno en cuestión. Esa actitud requiere tratar a los usuarios de servicios de rehabilitación como personas, respetando sus valores, deseos y contextos y apoyándoles a lo largo de un viaje de descubrimiento de sus propias capacidades. En este contexto, lo que indica «mejora» en la recuperación es sumamente subjetivo e individualizado, e implica una colaboración radical con el paciente. Hemos de atender a este discurso, en definitiva, si queremos hacer un trabajo realmente rehabilitador.

## b. Valores y recuperación

El estudio de pacientes recuperados nos ayuda a identificar los valores inherentes al tratamiento durante el proceso de la recuperación. En relación a los valores básicos de un proceso recuperación, Farkas, y cols.<sup>22</sup> han identificado cuatro principios claves:

1) *Orientación hacia la persona*. Mostrar interés en la persona, que es mucho más de lo que se pueda entrever en el limitado papel de enfermo y está asociado con una actitud más positiva del paciente hacia el servicio<sup>23-24</sup>, lo que tiene unas consecuencias claras en los resultados clínicos y la sensación subjetiva de bienestar.

2) *Participación personal*. Se ha demostrado que los resultados en el proceso de rehabilitación son mejores cuando se le da la oportunidad al paciente de involucrarse activamente en la planificación e implementación del programa<sup>25-26</sup>.

3) *Autodeterminación y posibilidad de elección*. Está claro que las estrategias coercitivas son perjudiciales en el pro-

ceso de recuperación de la persona con trastorno mental grave, pues no permiten el desarrollo de autonomía y determinación, y además generan sentimientos de hostilidad y resentimiento. Por el contrario, los resultados de los programas de rehabilitación son más positivos cuando se le da al paciente la posibilidad de elegir y se fomenta su auto-determinación<sup>27, 28</sup>.

4) *Potencial para crecer*. La esperanza es un ingrediente esencial para todo tipo de crecimiento, también para la recuperación de un trastorno mental grave. El concepto de esperanza en el proceso de recuperación de un trastorno mental implica que las medidas de evaluación estén orientadas hacia el crecimiento, permitiendo así que el servicio y sus participantes reconozcan y validen el progreso y la mejoría<sup>22</sup>.

Sea el tipo de evaluación y tratamiento que sea, un servicio de rehabilitación que quiera promover la recuperación debe estar organizado alrededor del usuario, implicándole activamente en su proceso individual, respetando sus deseos y su derecho a elegir y alimentando sus posibilidades para crecer como persona. Esta filosofía debe reflejarse en todos los niveles del servicio (desde los objetivos del servicio hasta la evaluación y tratamiento) y en cada miembro del equipo rehabilitador.

## c. Criterios operativos de la recuperación

La rehabilitación psicosocial podría verse como la defensora de la recuperación frente a otras posiciones más convencionales, pues es un servicio específico que implica un tratamiento integral y el entrenamiento en habilidades y apoyo social y funcional con objetivos específicos como pueden ser la reinserción laboral, el establecimiento de una red social, el mejor manejo de los síntomas del trastorno o la autonomía en las actividades de la vida diaria. En este sentido la rehabilitación psicosocial, puede suponer una aproximación transgresora de lo que han sido muchos de los principios establecidos en las terapias psiquiátricas y psicológicas durante décadas<sup>14</sup>.

En este sentido, por ejemplo, los conocidos criterios operativos para la recuperación propuestos Liberman y cols.<sup>29</sup>, – remisión de síntomas, funcionamiento vocacional, vivir de forma independiente y relaciones sociales con iguales – son solamente meros objetivos clínicos que no implican necesariamente una filosofía de recuperación. Es decir que la orientación hacia la recuperación no es algo inherente a los dispositivos de rehabilitación, sino que es una particular filosofía y modo de trabajo de los rehabilitadores lo que ha de cultivarse activamente. Un servicio de rehabilitación no implica automáticamente una filosofía que promueva la recuperación, y es posible que muchos servicios ya existentes fallen gravemente en este aspecto. Por ejemplo, dispositivos organizados alrededor de los profesionales y de *sus* propias habilidades y necesidades, crean ámbitos clínicos artificiales que mantienen a los usuarios ocupados y protegidos (por no decir excluidos) sin que aprendan o crezcan realmente. Estos posicionamientos artificiales tienden a mermar el sentido de esperanza o auto-eficacia del usuario, y claramente no le ayudan a vivir más allá de su trastorno<sup>30</sup>.

En muchos servicios la rehabilitación trata de responder al reto de la recuperación incluyendo como objetivo

parámetros de calidad de vida. Sin embargo, la recuperación requiere mucho más de los profesionales de los servicios de rehabilitación. De hecho, como señalamos en la Tabla 3, existen factores premórbidos y comórbidos que determinan las posibilidades de éxito de la recuperación. Algunos de estos factores pueden ser el tiempo entre el primer brote y el inicio del tratamiento farmacológico, el nivel de funcionamiento anterior a la enfermedad, la presencia de síntomas negativos en el cuadro clínico inicial o la respuesta favorable al tratamiento con neurolépticos<sup>29</sup>. Otros factores determinantes son modificables en el momento actual, como puede ser la adherencia al tratamiento farmacológico, el acceso a recursos continuos y coordinados de servicios de salud mental o de rehabilitación psicosocial, la buena alianza terapéutica, la ausencia de consumo de tóxicos, la conservación del funcionamiento neurocognitivo, sentimientos de esperanza (expectativas positivas de recuperación), auto-eficacia y auto-estima, la ausencia de una marcada desventaja social, la toma de responsabilidad ante las dificultades o el apoyo familiar<sup>29,30,31,32</sup>. Igualmente podríamos también incluir aquí aspectos habitualmente no explorados en los trastornos mentales graves como es el bienestar psicológico, evaluable en diversos dominios<sup>33</sup>.

TABLA 3. Factores antecedentes y actuales y el criterio operacional asociado con la recuperación de un trastorno mental grave

Factores Antecedentes	Factores Actuales	Criterio Operacional
<ul style="list-style-type: none"> <li>Poco tiempo sin tratamiento</li> <li>Buen nivel de funcionamiento premórbido</li> <li>Pocos síntomas negativos</li> <li>Buena respuesta a neurolépticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adherencia al tratamiento farmacológico</li> <li>Acceso a recursos continuos y coordinados</li> <li>Buena alianza terapéutica</li> <li>No consumo de tóxicos</li> <li>Buen funcionamiento neurocognitivo</li> <li>Esperanza</li> <li>Auto-eficacia</li> <li>Auto-estima</li> <li>Ausencia de desventaja social</li> <li>Tomar responsabilidad</li> <li>Apoyo familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trabajo / Actividad Principal</li> <li>Relaciones sociales</li> <li>Autonomía en actividades de la vida diaria</li> <li>Remisión de síntomas</li> </ul>

#### d. Fases de la recuperación

Varios investigadores han tratado de definir las fases inherentes en un proceso de recuperación (ver Tabla 4). A lo largo de una década se han ido identificando distintos estadios en el curso del trastorno y de la recuperación, distinguibles por la actitud que adopta la persona frente al trastorno, por el significado dado a este y por su integración en el curso vital de la persona.

En rasgos generales, podríamos resumir cuatro posibles estadios:

TABLA 4. Modelos de fases de la recuperación de un trastorno mental grave. (Adaptado y traducido de Andreasen et al., 2003)

Fases	Baxter y Diehl (1998)	Young y Ensing (1999)	Pettie y Triolo (1999)	Spaniol et al., (2002)	Andreasen et al., (2003)
1	Crisis: Recuperación	Iniciar recuperación	¿Por qué yo? Dar sentido a la enfermedad	Agobiado por la enfermedad	Moratoria
2	Decisión: Reconstruir la independencia	Reponder y salir para adelante	Y ahora, ¿qué? Reconstruir la identidad	Luchar contra la enfermedad	Reconocimiento
3	Despertar: Construir interdependencia sana	Mejorar la calidad de vida		Vivir con la enfermedad	Preparación
4					Reconstrucción
5					Crecimiento

1) Un estadio inicial de desmoronamiento de la persona, en la que los procesos de recuperación están escasamente presentes, ya que la persona suele sentirse desesperada e incapaz de afrontar a los cambios vitales asociados con el inicio del trastorno, como pueden ser la vivencia de síntomas, el inicio de un tratamiento – tanto las intervenciones farmacológicas como los ingresos– así como la pérdida de roles sociales y vocacionales. No extraña este desmoronamiento pues la irrupción de la psicosis se ha asociado con ansiedad intensa<sup>34</sup>, con sensación de indefensión<sup>35</sup>, de desintegración del *self*<sup>36</sup>, y de desconexión de los demás<sup>37</sup>. En la actualidad, el renovado interés por la experiencia subjetiva de la psicosis ha hecho patente la terrible angustia y horror que sufre el individuo ante su trastorno, así como la rabia y ambivalencia que experimenta ante las intervenciones de salud mental iniciales –frecuentemente forzosas–<sup>38</sup>.

2) Una segunda fase caracterizada por la lucha activa contra las dificultades producidas por el trastorno, en la cual se va definiendo paulatinamente la responsabilidad personal que se asume y la implicación de la persona en su proceso de recuperación. Simultáneamente, coexiste una cierta sensación de comprensible indignación ante una enfermedad que se considera «injusta», dándole habitualmente una connotación negativa. Según algunos autores<sup>39</sup>, la depresión post-psicótica es una fase en el proceso de recuperación de la psicosis que representa una disminución de la negación psicótica previa. Sin las estrategias defensivas de negación, el paciente tiene que hacer frente a recuerdos de sí mismo perdiendo la razón. También han sugerido<sup>40</sup> que existe un continuo de estilos de recuperación que van desde *la integración* (ej.: dispuesto a hablar del tema y aprender de lo que paso) al *sealing over* (ej.: cerrado en banda, «cuanto menos diga sobre lo que pasó, mejor»). El estilo de recuperación –un continuo desde la *integración* al *sealing over*– es una variable crucial, pues si bien es independiente a la conciencia de enfermedad, es capaz de pre-



decir la medida en la que el usuario participa activamente en los servicios de salud mental<sup>41</sup>.

3) Una tercera fase se puede caracterizar por el restablecimiento de roles y funciones, aunque sean distintos de los roles y funciones anteriores al comienzo del trastorno y puede que no se acerquen al nivel de funcionamiento premórbido. El trastorno como adversario, se convierte en un serio impedimento y la vida ha de rehacerse en términos de las limitaciones que suponen las dificultades refractarias al cambio. En el peor de los casos, la persona puede llegar progresivamente a organizar su conducta e identidad sobre la base del papel de enfermo, lo que se ha denominado *role-engulfement* (engullido por su papel)<sup>42</sup>. Lally<sup>43,44</sup> enfatiza cómo el proceso de *role-engulfement* implica aspectos subjetivos e intra-psíquicos que conducen al individuo a definirse como «enfermo mental», y pueden ser perjudiciales y autoestigmatizantes. El papel de enfermo excluye actividades consideradas fuera de este ámbito, mientras que el trastorno se convierte en el principal referente que el individuo utiliza para autoevaluarse.

4) Una fase final hace hincapié en el crecimiento personal más allá del impacto del trastorno, donde las vivencias acumuladas se incorporan plenamente y se les da significado en el proyecto vital. En este sentido, los nuevos modelos de crecimiento post-traumático<sup>45</sup> pueden ser perfectamente pertinentes para describir este proceso de beneficios que a veces pueden derivarse de atravesar dificultades vitales importantes.

Es evidente, observando la Tabla 4, que no todos los investigadores de las posibles fases de la recuperación están de acuerdo en la existencia de estas cuatro etapas, ni en los contenidos que se atribuyen a cada una. Sin embargo, se puede apreciar una cierta similitud y continuidad en las secuencias que hemos resumido en dicha tabla.

## 2. Planificación de la evaluación

Evaluar no consiste sólo en obtener indicadores de funcionamiento. Como hemos señalado en otro lugar<sup>2</sup>, la elección de instrumentos, pero también el propio foco y filosofía de la evaluación, pueden depender de varias cuestiones previas que afectan incluso a cómo se organiza un servicio de rehabilitación<sup>22</sup>. Hay diversos parámetros que explícitamente o no determinan el proceso de la evaluación:

1. *Para quién se evalúa.* El foco de análisis puede diferir radicalmente en función de quién demande la evaluación. Por ejemplo, las necesidades de los gestores pueden ser muy diferentes a las de los usuarios de un servicio o de los profesionales que trabajan en los centros. Además, la necesidad de la evaluación casi nunca surge de quienes dispensan los servicios sino de terceras partes (consumidores, políticos, etc.) quienes de algún modo reclaman servicios eficaces y eficientes<sup>46</sup>. Así pues, la demanda de la evaluación siempre determina un determinado sesgo u opción que es necesario tener que examinar críticamente.

2. *En quién se evalúa.* En el ámbito de la salud mental éste es un parámetro importante. Mientras que en los pro-

blemas de salud física se suelen manejar los criterios de mejoría determinados por los profesionales y, más en segundo lugar, los del paciente, en los problemas de salud mental se hace aún más necesaria la evaluación múltiple contando con los puntos de vista de profesionales, pacientes, observadores, y familiares pues no son siempre coincidentes. Por ejemplo, el rendimiento cognitivo y su mejora tras un proceso de rehabilitación puede ser valorado de modo diferente por los profesionales y por los pacientes<sup>47</sup>, lo que puede crear desacuerdos y retos terapéuticos sobre las prioridades de intervención.

3. *Qué se evalúa.* Se pueden evaluar desde usuarios y participantes hasta los propios servicios. En la valoración de la eficacia de los servicios asistenciales la unidad final de evaluación no es el individuo sino el programa. Naturalmente que los resultados de cada sujeto son importantes y valorables en la evaluación de un programa pero esto es sólo una parte del conjunto global de la evaluación. Si nos centramos en el área de qué se evalúa en un programa de salud mental, se pueden distinguir cuatro niveles de evaluación<sup>48</sup>:

a. *Gestión de recursos.* Se centra en aquellos aspectos que tienen que ver con la dinámica del funcionamiento interno y la adecuación entre planes y objetivos del servicio (ej.: análisis de la organización interna del servicio, asignación de recursos, análisis de los objetivos explícitos e implícitos del programa, sistema de funcionamiento del equipo, análisis de tiempos/tarea, etc.).

b. *Utilización de servicios.* Análisis de las pautas de uso, análisis de demandas del servicio, frecuentación de los usuarios, patrones de asignación de los pacientes a cada programa, recogida de datos de los pacientes, análisis de abandonos, etc.

c. *Resultados (outcomes) de las intervenciones.* Se analiza la eficacia y eficiencia de las intervenciones sobre el usuario pero también, si se desea, sobre otros agentes (familia, funcionamiento de otros servicios). La estrategia fundamental, aunque no la única, es analizar longitudinalmente los cambios habidos en el usuario desde el principio hasta el final del programa en dominios diversos y con instrumentos sensibles y válidos.

d. *Impacto del programa en la comunidad.* Este es un aspecto normalmente ignorado en muchas evaluaciones pues es el que posiblemente se aleja más de la mentalidad clínica y se aproxima más a una vertiente comunitaria: «el impacto sobre la comunidad va a venir dado por la accesibilidad y la disponibilidad de los servicios, la aceptación de los programas propuestos, su efectividad y su capacidad para satisfacer las expectativas del paciente, de su familia y del grupo social...» (46, p. 95). También se sitúa en este nivel el análisis del impacto del programa sobre la educación sanitaria, la prevención, y los beneficios directos e indirectos generados (ej.: costes de productividad, medicamentos, servicios sociales, criminalidad, etc.).

4. *Cómo se evalúa.* Aunque es exigible una aproximación cada vez más rigurosa en la evaluación de las intervenciones y, como señalaremos al final del capítulo, basada en evidencias, la evaluación de programas en salud

mental raramente permite efectuar diseños experimentales con un elevado grado de control<sup>49,50</sup>. Además, la opción de cómo se evalúa —por ejemplo, utilizando métodos cuantitativos, cualitativos, o ambos— puede marcar el tipo de datos que se obtengan y, finalmente, su utilidad.

5. *Para qué se evalúa.* Dependiendo de quién promueva la evaluación (los propios profesionales, los gestores, etc.), la finalidad suele variar. La evaluación puede tener un aspecto meramente informativo o una finalidad de cambio y transformación del programa.

### 3. Dominios de una evaluación integral

Los trastornos que son objeto de rehabilitación son habitualmente problemas de salud mental muy complejos, para los cuales la evaluación y la planificación de tratamiento han de cubrir un amplio rango de áreas. Además, si la recuperación es tanto el objetivo explícito como el implícito de un programa de intervención, se añade complejidad al proceso evaluador.

La evaluación de la recuperación en salud mental no se puede entender desde un enfoque categorial sino dimensional, que tenga en cuenta el amplio rango de resultados relevantes por su naturaleza heterogénea, así como la duración de estos resultados por su naturaleza episódica y distintas fuentes de información por la habitual discrepancia en relación a lo que representa el trastorno entre profesionales y afectados. Para Liberman y cols.<sup>51</sup>, uno de los criterios claves de la evaluación de la recuperación implica el operativizar el curso cambiante de los síntomas, así como la inclusión de distintas dimensiones de funcionamiento psicosocial. La evaluación aislada, ya sea de la sintomatología presente como del funcionamiento psicosocial, resulta insuficiente y parcial, tanto para el entendimiento teórico del fenómeno como para la planificación del tratamiento. Los síntomas y el funcionamiento psicosocial son dos entidades fenomenológicas que aunque distintas tienden a interactuar, pues el funcionamiento psicosocial afecta la sintomatología y la sintomatología interfiere con un funcionamiento adecuado. Por ejemplo, se ha encontrado que los sujetos con esquizofrenia que tienen un peor funcionamiento social y ocupacional tienen más recaídas y peor pronóstico<sup>52</sup>. La presencia de síntomas no sólo determina el tipo y dosis de tratamiento farmacológico sino que afecta importantes áreas del funcionamiento, como el rendimiento laboral e interpersonal, la capacidad para participar en tratamientos psicosociales e incluso las habilidades básicas para una vida independiente<sup>18</sup>. Además, no son fenómenos excluyentes, pues aunque desaparezcan los síntomas el funcionamiento cotidiano puede mantenerse alterado<sup>53</sup>, e incluso puede darse la circunstancia de un funcionamiento psicosocial manifiestamente adecuado sin que esto implique la ausencia de síntomas.

Parte del problema conceptual de los actuales sistemas diagnósticos como el DSM-IV es que combinan criterios de síntomas y de funcionamiento para efectuar un diagnóstico y esta confusión también sucede con los instrumentos que, como el GAF (incomprensiblemente denominado EAAG en la versión española), se proponen dentro del DSM para valorar el funcionamiento<sup>54</sup>.

La selección de los elementos necesarios para garantizar el éxito de los programas de rehabilitación depende de una

minuciosa evaluación de la naturaleza de los problemas de salud mental, de los puntos fuertes y débiles personales, así como de las circunstancias del entorno<sup>18</sup>. Obviamente, la evaluación de una intervención dada no se circunscribe sólo al ámbito del funcionamiento clínico (signos y síntomas), para lo que ya disponemos de una importante cantidad de estrategias e instrumentos de medida<sup>55,56,57</sup>. El concepto moderno de salud asume que el foco no es sólo el síntoma sino también el funcionamiento cotidiano del paciente en la comunidad. Esta aproximación es crucial en el ámbito de la salud mental puesto que constituye el pilar conceptual de las actuales reformas psiquiátricas. En este contexto, una evaluación múltiple y amplia parece una exigencia dado que, además, la propia reforma psiquiátrica se basó en la idea de que la intervención comunitaria era más efectiva que otros tipos de intervenciones.

#### 3.1. Psicopatología

##### a) Diagnóstico categorial

A pesar del rechazo de las clasificaciones psiquiátricas clásicas por sus problemas de validez y fiabilidad, y que hoy en día haya ido ganando aceptación la evaluación centrada en los síntomas y funcionamiento desde un paradigma dimensional<sup>58</sup>, podemos todavía utilizar diagnósticos categoriales del trastorno fundamentalmente por motivos de investigación o administrativos. Existen entrevistas diagnósticas estructuradas que, como el *Diagnostic Interview Schedule-DIS*<sup>59</sup>, la *Structured Clinical Interview for DSM-IV-SCID*<sup>60</sup>, o la *Composite Internacional Diagnostic Interview—CIDI* se emplean en la clínica y proporcionan diagnósticos DSM-IV y CIE-10 (ver <sup>61</sup>).

##### b) Evaluación dimensional de síntomas psicóticos

La evaluación de los síntomas positivos es importante pues estos síntomas son capaces de predecir recaídas y rehospitalizaciones<sup>62</sup>. Los síntomas positivos, sin embargo, no son buenos predictores de funcionamiento adaptativo<sup>62,63</sup>. Por otro lado, los síntomas negativos suelen ser persistentes y afectan la capacidad del individuo para relacionarse y vivir de forma independiente<sup>64</sup>. Los instrumentos más utilizados son el *Brief Psychiatric Rating Scale*<sup>65,66</sup>, la *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*<sup>67</sup>, la *Scale for the Assessment of Positive Symptoms*<sup>68</sup> y la *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)*<sup>69</sup>. Todas estas escalas son entrevistas semi-estructuradas que requieren que se establezca una relación de confianza con el paciente. Todas ellas, además, para soslayar la habitual negación de síntomas incluyen datos observados por el propio entrevistador, y la posibilidad de recoger datos de las historias clínicas u otros profesionales de la salud<sup>18</sup>. También disponemos de escalas estudian dimensionalmente el delirio o la alucinación, las más conocidas son el PSYRATS o el MADS. Aunque con frecuencia no se han estudiado las características psicométricas de las medidas multidimensionales de los síntomas psicóticos existen algunas excepciones. Por ejemplo, el *Psychotic Symptom Rating Scales-PSYRATS* tiene una buena fiabilidad y validez tanto con población crónica

como con primeros brotes<sup>70</sup>. El PSYRATS<sup>71</sup> es una entrevista semi-estructurada que fue diseñada para evaluar las características subjetivas de las alucinaciones y los delirios. La sub-escala de alucinación tiene 11 ítems; para la frecuencia, la duración, la controlabilidad percibida, la intensidad del volumen, la localización, la gravedad e intensidad del malestar asociado y la cantidad y grado de contenido negativo, creencias sobre el origen de las voces y grado de interferencia que producen. La sub-escala de delirio tiene 6 ítems; duración y frecuencia de la preocupación, intensidad de la convicción, cantidad e intensidad del malestar asociado y grado de la interferencia que producen.

### c) Depresión y Ansiedad

Se ha identificado que las personas con esquizofrenia sufren con mucha frecuencia anhedonia y altos niveles de afecto negativo, especialmente depresión, ansiedad y sentimientos de hostilidad<sup>72</sup>. El aislamiento y fobia social característicos en la esquizofrenia parecen estar asociados con la falta de afecto positivo y anhedonia<sup>18</sup>, aunque también podría ser que su anhedonia les hace menos proclives a buscar y mantener una vida social activa<sup>73</sup>. De cualquier forma, es muy relevante que se tenga en cuenta en la formulación del caso el estado de ánimo y el grado de ansiedad, pues está claramente demostrado que la presencia de afecto negativo está asociado con un peor curso clínico en la esquizofrenia<sup>73</sup>.

La incapacidad para experimentar sensaciones placenteras, la anhedonia, se considera una de las características centrales de la esquizofrenia y está asociada a su discapacidad funcional<sup>73</sup>. Se ha argumentado que estos pacientes tienen intacta su capacidad de experimentar emociones placenteras, pero una memoria defectuosa de la experiencia subjetiva de esas emociones<sup>74</sup>. De cualquier forma, la SANS<sup>67</sup> ofrece una manera rápida y fiable de determinar la presencia de anhedonia a través de una sub-escala que mide anhedonia-ausencia de sociabilidad rasgo.

Aunque existen una plétora de instrumentos que se pueden usar para valorar el estado de ánimo y la ansiedad (véanse revisiones en 2, 11), sobresalen dos muy conocidos, fáciles de administrar, puntuar e interpretar; el *Beck Depression Inventory II-BDI II*<sup>75</sup> y el *Beck Anxiety Inventory*<sup>76</sup>. Estos instrumentos tienen la ventaja adicional que están validados empíricamente en español y que se pueden administrar en repetidas ocasiones para monitorizar estos síntomas a través del tiempo. Es también destacable el *Calgary*<sup>77</sup>, una escala aplicada por el profesional en una entrevista semi-estructurada, diseñada específicamente para poblaciones psicóticas para diferenciar entre síntomas de depresión propiamente dichos y síntomas negativos. La escala ha mostrado su validez respecto a medidas autoaplicadas estándar de depresión, y una buena especificidad pues rastrea síntomas de la depresión sin que se solape con síntomas negativos o extra-piramidales<sup>78</sup>.

### d) Estrés postraumático

La psicosis y el trastorno por estrés postraumático (TEPT) no son entidades tan distintas ni separadas como se consideraba tradicionalmente, sino que con frecuencia con-

fluyen y se solapan. Muchas investigaciones nos indican que la prevalencia vital de TEPT en pacientes mentales graves es muy superior a la de la población general<sup>79, 80</sup>. Algunos autores concluyen que algunas personas con sintomatología psicótica desarrollan TEPT como resultado de la propia experiencia psicótica<sup>81,82</sup>. Por otro lado, parece existir evidencia empírica que señala la existencia de un subtipo TEPT con síntomas psicóticos<sup>83</sup> y un subtipo de esquizofrenia con predominio de síntomas asociados con el trauma<sup>84</sup>. Por otro lado, también se ha planteado, que tanto la psicosis como el TEPT, representan un continuo de respuestas del individuo sometido a un evento traumático<sup>85</sup>.

De todas formas, el ser capaz de detectar los posibles síntomas de TEPT es esencial en el tratamiento de los trastornos mentales graves, porque estos síntomas pueden propiciar recaídas<sup>86</sup> y la presencia de trauma interpersonal puede hacer al paciente altamente susceptible y sensible a nivel interpersonal. Existen una serie de instrumentos estandarizados que miden el grado de exposición a eventos traumáticos y la presencia de síntomas TEPT. Por ejemplo, el *Trauma History Questionnaire*<sup>87</sup> se puede usar para evaluar la exposición a eventos traumáticos en la infancia y en la edad adulta y para identificar que eventos continúan causando malestar. Así como el *PTSD Checklist*<sup>88</sup> es una autoinforme que requiere que el sujeto juzgue el grado en el que experimenta cada uno de los 17 síntomas TEPT identificados en el DSM IV en relación con un evento traumático predeterminado. Por último, la *Clinician Administered PTSD Scale*<sup>89</sup>, una entrevista semi-estructurada basada en los criterios del DSM IV, se puede usar para confirmar un diagnóstico de TEPT.

### e) Abuso de sustancias

Estudios a gran escala han generado datos empíricos que avalan que la prevalencia vital de trastornos de abuso de sustancias en personas con esquizofrenia es sustancialmente más alta que en la población general<sup>90</sup>. El abuso de sustancias, se tenga un trastorno mental grave o no, es un problema persistente en el tiempo. En particular las personas con trastornos mentales graves tienen una exacerbada sensibilidad ante los efectos psicoactivos de las sustancias, tienen menos capacidad de tener un consumo controlado, tienden a tener más factores de vulnerabilidad para un potencial abuso y una mayor probabilidad de sufrir sus consecuencias adversas<sup>91</sup>. A pesar de la gran importancia de identificar y tratar el abuso de sustancias, con frecuencia pasa desapercibido<sup>91</sup>. Una evaluación detallada debe incluir la valoración del uso de sustancias tanto actual como pasado, y disponemos de instrumentos que se han desarrollado para el colectivo de personas con trastornos mentales graves. Por ejemplo, la *Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument*<sup>92</sup>, una escala administrada por el entrevistador en 6 minutos aproximadamente, fue diseñada para utilizarse como instrumento de cribado para detectar trastornos de abuso de sustancias en personas con trastornos mentales graves, e identifica la pauta de abuso, la pérdida de control, la dependencia fisiológica y el malestar subjetivo. También se utiliza frecuentemente para el cribado de alcoholismo el *CAGE* que tiene como ventaja su rápida administración e interpretación, y sólo consta de cuatro ítems<sup>93</sup>.



Aunque la persona niegue el abuso de sustancias, no se debe descartar por completo especialmente en jóvenes varones y solteros con nivel educativo bajo, ya que estos suelen tener los índices más altos de comorbilidad<sup>94</sup>. Si se requiere una evaluación más especializada se puede usar el *Clinician's Rating Scales for Alcohol Use Disorders and Drug Use Disorder*<sup>95</sup> o algunos de los módulos de las entrevistas estructuradas diagnósticas que hemos comentado.

### 3.2. Estado de salud general

Está claro que la salud general representa una necesidad básica que no esta automáticamente satisfecha en el colectivo de las personas con trastornos mentales graves, y puede claramente afectar la salud mental, así como a su funcionamiento psicosocial. El estado de salud general se ha incluido recientemente como dimensión relevante permitiendo así una valoración del impacto de las intervenciones en la salud global del sujeto<sup>1</sup>. Se pueden utilizar escalas como la *Medical Outcome Study Short Form 36-SF 36*<sup>96</sup> que evalúa desde el funcionamiento físico hasta las limitaciones producidas por problemas físicos, o la *Quality of Well Being Scale*<sup>97</sup>.

### 3.3. Funcionamiento cognitivo

Aunque no todos los pacientes psiquiátricos sufren deterioro cognitivo, las alteraciones cognitivas son frecuentes en los pacientes con trastornos mentales graves y tienden a ser estables en el tiempo. La capacidad de atender, procesar y recuperar información es esencial para un funcionamiento psicosocial adecuado y para poder vivir de forma autónoma<sup>98</sup>. Además, estas alteraciones limitan la adquisición de nuevas capacidades en el proceso de recuperación<sup>99</sup> y su correcta evaluación puede permitir hacer ajustes en la planificación de tratamiento para propiciar un mejor funcionamiento<sup>100</sup>. Wykes et al.<sup>101</sup>, defienden una evaluación minuciosa de las alteraciones cognitivas en la esquizofrenia, pues suelen estar presentes antes de la aparición del trastorno y tienen un importante valor predictivo del funcionamiento tanto actual como futuro. Estos autores plantean que la evaluación neurocognitiva tradicional se ha centrado en la evaluación de las deficiencias con una insuficiente validez discriminativa<sup>101</sup> y es necesario el uso de pruebas más sólidas y científicamente comprobadas.

En general, las alteraciones que se han documentado en la esquizofrenia con más frecuencia son déficit en las funciones ejecutivas, en la atención, en la memoria, en el aprendizaje, concentración y percepción visual<sup>98, 102</sup>. La evaluación cognitiva incluye habitualmente la estimación de las alteraciones en<sup>18,102</sup>;

- funcionamiento ejecutivo; como por ejemplo el *Wisconsin Card Sorting Test*<sup>103,104</sup>, la *Tower of Hanoi*<sup>105</sup>, la *Tower of London*<sup>106</sup> o la *Tower of Toronto*<sup>107</sup>,
- memoria verbal; como es el caso del *California Verbal Learning test*<sup>108</sup>,
- memoria de trabajo; como en el *Digit Span or Letter Number Sequence* subtests del WAIS-III<sup>109</sup>,
- atención sostenida; por ejemplo a través del *Continuous Performance Test*<sup>110</sup>.

### 3.4. Funcionamiento Psicosocial

Las alteraciones del funcionamiento social (ej.: déficit de habilidades básicas para una vida independiente) o del funcionamiento ocupacional (ej.: habilidades para mantener un empleo) son habituales en los enfermos mentales graves. Estas alteraciones del funcionamiento psicosocial son importantes en sí mismas ya que favorecen una vida plena. Además, tienen un valor pronóstico pues los enfermos mentales graves con peores habilidades sociales y ocupacionales tienden a tener más recaídas y obtienen resultados peores<sup>52</sup>.

De modo general, un instrumento a tener en cuenta es la *Clasificación Internacional del funcionamiento, de Discapacidad y la Salud*, conocida como CIDDM-2 (OMS 2001). La CIDDM-2 es un instrumento relativamente complejo y ambicioso para evaluar las capacidades y el estado de salud de las personas. Define tanto los componentes directos de la salud como algunos componentes del bienestar relacionados con la salud (educación, trabajo, etc.). En este sentido, la CIDDM-2 puede ayudar a proporcionar un perfil útil del funcionamiento, de la capacidad/discapacidad y de la salud del individuo en varias áreas y puede tener una utilidad potencial importante en el ámbito de la rehabilitación<sup>111,112</sup>. El sistema identifica 3 niveles de funcionamiento: funcionamiento corporal o de órganos corporales, funcionamiento de la persona en su totalidad, y funcionamiento de la persona en su contexto. Estos niveles, a su vez, definen tres aspectos de funcionamiento: funciones y estructuras corporales, actividades y participación. Para su evaluación se emplean tanto indicadores de funcionamiento positivo como funcionamiento negativo.

#### a. Funcionamiento social y ocupacional

Algunos autores han subrayado algunas áreas relevantes de funcionamiento social en personas con esquizofrenia: capacidad para percibir estímulos sociales, para resolver problemas, para evaluar alternativas en situaciones sociales, para comprender interacciones sociales comunes, para comprender expresiones de afecto, para involucrarse en conversaciones, para mantener relaciones y atender necesidades personales (ej.: hábitos de higiene)<sup>113</sup>. Otros han incluido habilidades para manejar el trastorno y para usar de forma adecuada el tiempo libre<sup>114</sup>. Dado que el rango de conductas que se cubren en esta área de evaluación es tan amplio, se ha sugerido que la evaluación social y ocupacional se debe guiar por una serie de cuestiones clave:

1. Identificar las áreas en el que la disfunción social y ocupacional ocurre (frecuentemente están alteradas las habilidades para conversar, resolver problemas sociales, manejar el dinero, resolver conflictos o la higiene personal);
2. investigar la causa subyacente a áreas de disfunción identificadas (frecuentemente se encuentra que están involucradas déficit cognitivos o de las habilidades sociales básicas, ansiedad social o la falta de refuerzos ambientales);
3. averiguar si existen factores situacionales que pueden afectar el funcionamiento psicosocial (ej.: diferentes pautas de respuestas en distintos ambientes); y

4. obtener información detallada y conductual del funcionamiento social y ocupacional, lo que permitirá una mejor planificación de tratamiento<sup>115</sup>.

Existen numerosos métodos e instrumentos para obtener información sobre el funcionamiento psicosocial del enfermo que se discutirá a fondo en capítulos posteriores. En general, se recomienda comenzar a recoger información general a través de entrevistas con el propio enfermo y sus allegados, y luego proceder con una evaluación más específica<sup>115</sup>. La elección del instrumento de evaluación más adecuado depende de las áreas de funcionamiento que tienen una mayor relevancia para el caso, de aspectos prácticos relativos al centro de recepción (ej.: ratio personal por cada paciente), así como del funcionamiento cognitivo y la conciencia de enfermedad del sujeto. Entre los instrumentos disponibles destaca el *Schizophrenia Outcomes Module*<sup>116</sup> que ofrece una evaluación multidimensional es de fácil y rápida aplicación y ha sido adaptado a nuestro país<sup>117</sup>.

## b. Sexualidad y planificación familiar

La reforma psiquiátrica ha conseguido que un mayor número de personas con trastornos mentales graves vivan en la comunidad, pero esto ha hecho que surjan nuevos problemas. Por ejemplo, los índices de VIH y embarazos no deseados han crecido exponencialmente<sup>118</sup>, y además es habitual que este colectivo tenga ideas equivocadas y preocupaciones en relación a su sexualidad. Por esto es recomendable incluir dentro del plan de trabajo una evaluación pormenorizada de la historia sexual y sus prácticas. Una vez que se haya establecido una adecuada alianza terapéutica se deben evaluar cuestiones relacionadas con sexualidad, incluyendo el número y género de las parejas, uso y conocimientos de métodos contraceptivos y valores en relación con la planificación familiar<sup>18</sup>.

## 3.5. Circunstancias ambientales

### a. Estabilidad en la vivienda

La institución psiquiátrica ya no es la vivienda habitual de la mayoría de las personas con trastornos mentales graves, pero la desinstitucionalización ha aumentado el número de estas personas que han quedado sin hogar, aunque en el caso de España las cifras no sean tan alarmantes como en otros países<sup>119</sup>. Una mayor estabilidad en la vivienda correlaciona con tiempos inferiores de hospitalización psiquiátrica<sup>120</sup>. La falta de recursos residenciales adecuados hace que con frecuencia se prolonguen los ingresos psiquiátricos o se produzcan los denominados coloquialmente «ingresos sociales» que resuelven el problema a corto plazo pero fomentan la dependencia del paciente a la institución y no favorecen su desarrollo psicosocial. La estabilidad en la vivienda puede tener asimismo un valor pronóstico ya que elimina el estrés, asociado con la búsqueda de una nueva vivienda y la adaptación a un sitio, lo que puede exacerbar la sintomatología y producir recaídas<sup>18</sup>.

## b. Entorno Familiar

Dentro de los factores sociales estudiados en relación con los trastornos mentales graves ha destacado la influencia de la familia, ya que constituye un buen predictor individual de recaída en personas con esquizofrenia y puede afectar su funcionamiento adaptativo<sup>121</sup>. La forma más sencilla de evaluar el entorno familiar es a través de entrevistas con los familiares más cercanos, aunque también se puede observar la dinámica familiar en sesiones de familia o en visitas a domicilio, o usar instrumentos estandarizados: la *Relatives Assessment Interview* o el *Family Questionnaire* o *Knowledge about Schizophrenia Interview*<sup>122</sup>, el *Information Questionnaire—Relative Version*<sup>123</sup>, el *Knowledge Questionnaire*<sup>124</sup> o *Patient Rejection Scales*<sup>125</sup>. Se destacan como aspectos importantes de la evaluación del funcionamiento familiar el grado de estrés, el malestar emocional y carga que experimenta la familia en relación con las conductas, necesidades y síntomas del paciente, así como la presencia de otros estresores adicionales<sup>18</sup>. También conviene evaluar el conocimiento, atribuciones, expectativas y creencias de la familia en relación a los trastornos mentales<sup>126</sup>.

Dado que el trastorno mental grave puede afectar significativamente la convivencia con vecinos, familiares y otros miembros de la comunidad conviene evaluar la seguridad pública y bienestar social de su entorno más inmediato. Se podrían usar escalas como el *Cohen-Mansfield Agitation Inventory*<sup>127</sup>, el *Social Behavior Assessment Schedule*<sup>128</sup>, o el *Schizophrenia Outcomes Module*<sup>116</sup> que dedican una parte de la evaluación al bienestar de la familia, estresores y el apoyo percibido.

## c. Calidad de vida

La obtención de calidad de vida es uno de los objetivos fundamentales de la rehabilitación. Por eso, a pesar de los problemas asociados a la imprecisión de este constructo<sup>129</sup> resulta esencial su evaluación. Se han construido multitud de instrumentos para la evaluación de la calidad de vida, que también se discutirán a fondo en los posteriores capítulos, como el *Quality of Life Interview*<sup>130</sup>, el *Satisfaction with Life Domains*<sup>131</sup>, el *Cuestionario de Calidad de Vida*<sup>132</sup>, el *Inventario de Calidad de Vida*<sup>133</sup>, el *Quality of Life Interview Scale*<sup>134</sup> o el *Perfil de Calidad de Vida de Lancashire*<sup>135</sup>.

## 3.6. Satisfacción con los servicios

Una de las premisas fundamentales de la rehabilitación es aumentar al máximo las posibilidades de elección y los derechos de las personas con trastornos mentales como individuos. Por eso la opinión del individuo que utiliza los servicios de salud mental como consumidor tiene que ser escuchada y tenida en cuenta como parte de la filosofía y convicciones profundas de los profesionales de la rehabilitación<sup>22</sup>. Con frecuencia, en salud mental se ignora la voz del paciente pues está «enfermo» o «desinformado». No obstante las opiniones sobre las instituciones no suelen ser delirantes ni descabelladas; suelen estar basadas en la cruda realidad que sólo uno descubre cuando es paciente (ej.: listas de espera, falta de recursos, cam-



bios de facultativos, sensación de no ser atendido en cuestiones preocupantes, etc.). Existen instrumentos que han tratado de cubrir las áreas relacionadas con los servicios asistenciales de salud como el *Evaluating Rating Scale*<sup>136</sup>, el *Cuestionario de Demandas Asistenciales*<sup>137</sup> y el *Verona Expectations for Care Scale*<sup>138</sup>.

### 3.7. Procesos asociados con la recuperación

Las premisas básicas que guían los programas de rehabilitación tienen una enorme importancia y repercusión clínica. Por ejemplo, como ya hemos comentado, Farkas y cols.<sup>22</sup>, subrayan la importancia de cuatro componentes de los propios programas (v.g., *Orientación hacia la persona, participación personal, autodeterminación y posibilidad de elección, y potencial de crecimiento*). Estos componentes básicos han ido generando una serie de conceptos que tienen una especial relevancia en el proceso de recuperación, como el *insight*, adherencia al tratamiento, desestigmatización, o empoderamiento.

#### a. Adherencia al tratamiento y conciencia de enfermedad (insight)

En los últimos años ha cobrado un renovado interés clínico la descripción y evaluación fenomenológica de determinados aspectos psicopatológicos relacionados con la conciencia de enfermedad, el *insight*<sup>139</sup>. Este interés ha estado motivado por la necesidad de prestar una mirada más atenta a ciertos aspectos sintomatológicos fundamentalmente en las esquizofrenias, y concretamente, por el recuperado interés por las denominadas experiencias subjetivas psicóticas. La consecuencia natural de ese tipo análisis ha sido el desarrollo de una serie de nociones prácticas en el manejo de los pacientes crónicos, por ejemplo, la adherencia al tratamiento psicofarmacológico<sup>140</sup>. Algunos estudios empíricos han encontrado una relación positiva entre el *insight* ante el trastorno mental y la adherencia al tratamiento, la reducción de síntomas y una mejor calidad de vida<sup>141,142</sup>.

La falta de adherencia al régimen farmacológico puede repercutir negativamente en el establecimiento de una relación terapéutica, y dejar el proceso de recuperación inerte, ya sea porque el paciente esté demasiado inmerso y preocupado por su sintomatología, o por dificultades en el procesamiento de información. No obstante, no resulta sorprendente dado las opiniones que los pacientes expresan sobre los neurolépticos que la adherencia a esta sea frecuentemente bastante pobre. La falta de adherencia no siempre tiene que ver con la conciencia de enfermedad y déficit del paciente. De hecho, puede estar reforzada por determinadas actitudes de los familiares, por una organización deficitaria del entorno, por la complejidad de régimen farmacológico pautado, o por los propios efectos sedativos y secundarios de las medicinas que pueden llegar a ser muy molestos. Además, cuando en las actuaciones profesionales domina una actitud coercitiva, con falta de escucha y de consentimiento informado, se aumenta la resistencia del paciente ante sus indicaciones y el régimen farmacológico. Aun entendiendo la adherencia al tratamiento como una cuestión compleja que no siempre

implica que el paciente se resista injustificadamente y de forma enfermiza, conviene tener en cuenta las ideas que con el tiempo ha elaborado el propio usuario en relación a su salud y los servicios que recibe.

Existen distintos cuestionarios que pueden resultar de utilidad para captar el *insight*: la *Scale Unawareness of Mental Disorder* (SUMD)<sup>143</sup>, el *Insight and Treatment Attitudes Questionnaire* (ITAQ)<sup>144</sup>, el *Schedule for the Assessment of Insight* (SAI)<sup>145</sup>, la *Schedule for the Assessment of Insight—Expanded version* (SAI-E)<sup>146</sup>, el *Marcova and Berrios Insight Scale*<sup>147</sup> o, de modo más sencillo, por ejemplo, la propia PANSS que contiene un ítem para evaluar falta de juicio y *insight*<sup>69</sup>.

#### b. Desestigmatización

Existe un notorio consenso en el colectivo médico sobre los beneficios generalizados asociados a que el paciente adopte una conciencia de «enfermedad mental», pese a que la literatura ofrece hallazgos contradictorios. Algunos han encontrado que el rechazo de la etiqueta estigmatizante de enfermedad mental tiene efectos beneficiosos<sup>148,149</sup>. Otros apuntan a que las creencias atribucionales biogenéticas asociadas al concepto de «enfermedad mental» aumentan el miedo y los perjuicios en los pacientes<sup>150-153</sup>. Surge así, de nuevo, el debate *naturaleza-entorno* en la génesis del trastorno mental<sup>154</sup>. La visión biogenética ha eclipsado el entendimiento psicosocial de la psicosis y ha minado la investigación sobre las causas sociales de la locura<sup>155</sup>. En algunas ocasiones la psiquiatría biológica se ha camuflado tras una apariencia de integración conceptual en el llamado «modelo psicosocial»<sup>154</sup>. En la actualidad, algunos profesionales han pedido que se reflexione sobre cómo hemos permitido que el modelo bio-psico-social se transforme en un modelo bio-bio-bio<sup>156</sup> que es en sí mismo estigmatizante y no permite muchas alternativas conceptuales. El *Attribution Questionnaire 27* (AQ27)<sup>157</sup> permite evaluar el estigma hacia las personas con un trastorno mental y recoge aspectos de responsabilidad, culpa, enfado, peligro, miedo, ayuda, coerción, evitación de las personas con una enfermedad y puede ser útil su aplicación para los afectados así como el mismo equipo, que no por su profesionalidad queda libre de algunos prejuicios sociales.

#### c. Empoderamiento

Lieberman y cols.<sup>29</sup>, mantienen que las experiencias subjetivas positivas de la persona con problemas de salud mental grave, como la sensación de empoderamiento, de autoaceptación, de esperanza..., median el proceso de recuperación y son capaces de sostener los cambios alcanzados. Las intervenciones en rehabilitación deben tratar de conseguir un locus de control interno, pues favorece un buen pronóstico, permite que las personas sean menos hiperdependientes, y que asuman más responsabilidades en su vida y tratamiento<sup>158</sup>. Todo esto conduce a que la persona afectada se sienta más en control y con más sensación de eficacia personal.

La medicación neuroléptica contribuye a la mejoría en la conducta de un alto porcentaje de pacientes, pero al mismo

tiempo afecta las auto-percepciones y atribuciones. Se suelen producir cambios en la forma en que otros ven y reaccionan ante el paciente una vez es diagnosticado y recibe tratamiento. El cambio más frecuente es que se comienzan a atribuir que los problemas tienen una base fisiológica, postura que disipa el sentido de culpa pero que predispone a la adopción de actitud pasiva ante la enfermedad. También es común que se atribuyan los éxitos a las pastillas, en vez de a las habilidades del paciente, y los fracasos a la falta de medicación, en vez de a la falta de esfuerzo, con lo que el paciente aprende a excusar sus malas conductas, a lo que contribuyen familiares y profesionales cuando ven un mal comportamiento y sugieren, como remedio, dar más pastillas. Lo ideal es que se consideren los medicamentos como un soporte que ayuda pero no una solución el problema, en lo que la persona debe trabajar activamente. Los efectos secundarios psicológicos no son inevitables si se presta más atención a las auto-cogniciones asociadas al tratamiento y se trabaja con ellas, en vez de ignorarlas.

Se pueden utilizar instrumentos específicos como el *Empowerment Scale* (ES)<sup>159</sup>, que nos permite evaluar cambios en la sensación de control sobre la realidad, cambios en autoestima y el locus de control. Asimismo, podemos utilizar instrumentos más generales, aunque inespecíficos, de autoestima y sensación de auto-eficacia como la Escala de Autoestima de Rosenberg (EA-Rosenberg)<sup>160</sup>.

#### 4. Conclusiones y comentarios finales

El objetivo de este capítulo ha sido el plantear que las técnicas y procedimientos en la rehabilitación psicosocial están muy determinados por el marco teórico y epistemológico que explícita o implícitamente adopten todos los actores del proceso. La evaluación no es una cuestión meramente técnica ni mucho menos una sucesión indiscriminada de medidas. Debajo de todo esto existen una serie de creencias, supuestos, y modelos sobre lo que es la naturaleza de los propios trastornos mentales. La discusión abierta y crítica de estos elementos debe ser un punto de apoyo, por muy inestable que parezca, de los miembros del equipo rehabilitador y de los gestores y políticos.

Tener en cuenta la recuperación, y no sólo el control de síntomas, como una meta final deseable sin duda tiene el efecto de dinamizar todo este proceso y de poner retos nuevos y más exigentes para los que, además, cada vez más deberá tenerse en cuenta la voz de las personas afectadas. Todo esto debe hacerse de modo que se integren además los mejores datos disponibles, a través de la denominada Medicina basada en evidencia («Evidence-Based Medicine», EBM), cuyo objetivo final es trasladar a los usuarios las mejores prácticas y evidencias disponibles en la literatura científica<sup>161-164</sup>. La Psicología o la Medicina basadas en evidencias se definen pues como la integración de la mejor evidencia de investigación disponible con la experiencia clínica y los valores del paciente y, en ese sentido, creemos que debe orientar los procedimientos en la selección de herramientas de diagnóstico y terapéuticas. Esto implica un cambio radical de actitud en los profesionales de la salud, al primar la evidencia derivada de investigaciones rigurosas y no tanto la experiencia profesional o el llamado «ojo clínico».

Podría pensarse que los requisitos de esta aproximación

más exigente encajan muy difícilmente con el concepto y las prácticas de la rehabilitación y de hecho, en el actual estado de conocimientos, hay aún contradicciones importantes. Por ejemplo, un caso dado puede ser considerado un éxito en términos de EBM, y a la vez un relativo fracaso dentro del modelo de recuperación (ej.: remisión total de alucinaciones con tratamiento de Clozapina, aunque produzca somnolencia que dificulta las relaciones sociales). Estas contradicciones deben ser un estímulo para todos en un intento de conciliar datos clínicos y experimentales y ofrecer el mejor servicio disponible a la gente que sufre problemas. Es fácilmente comprensible que a muchos servicios de salud mental les interese el bienestar del paciente más allá de la remisión de los síntomas, y quizá aun más fácil de comprender que muchos servicios de rehabilitación fallen en instalar una actitud de recuperación en sus usuarios. Lo que realmente interesa para conciliar el modelo de recuperación con la EBM es la aplicación de métodos de demostrada eficacia de tal manera que faciliten la recuperación, o bien la aplicación del modelo de recuperación que esté apoyada por datos empíricamente validos<sup>22,163</sup>.

El concepto de la recuperación ya ha contribuido de forma importante en la organización y administración de servicios y es deseable que comience a impregnar también las estrategias de evaluación utilizando para ello métodos rigurosos y científicamente sólidos. Obviamente no se trata de abandonar conocidos instrumentos estándar por otros cuyo intento etéreo sea conocer al usuario como persona, sino ampliar el horizonte de medida hacia terrenos como, por ejemplo, las virtudes y fortalezas psicológicas<sup>165</sup>, que han estado de espaldas a la Psicología y, desde luego, a la rehabilitación de los problemas mentales<sup>166</sup>. En cualquier caso, la mirada en la recuperación puesta por todos los actores implicados en la rehabilitación creemos que puede generar aproximaciones de intervención más humanas y participativas pero también más ambiciosas en las que el foco no esté tanto en la reducción de síntomas como en fomentar estados de salud positivos<sup>167</sup> que permitan el desarrollo y el crecimiento incluso de personas que padecen trastornos mentales graves<sup>168</sup>.

#### 5. Bibliografía

1. Vázquez, C., Muñoz, M., y Hernangómez, L. La evaluación de resultados en el tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales crónicos. *Revistas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20, 207-228. 2000.
2. Vázquez, C., Muñoz, M., Muñiz, E., López-Luengo, B., Hernangómez, L., y Díaz, M. La evaluación de resultados en el tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales crónicos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 74, 207-228. 2000.
3. Torrey, E.F. *Superar la esquizofrenia*. Barcelona: Planeta. 2006.
4. Bentall, R.P. *Madness Explained: Psychosis and human nature*. Penguin Press, 2003.
5. Bentall, R., Kinderman, C., y Vázquez, C. Letter to Editor: The myth of schizophrenia. [Rapid Response to: Lieberman, J.A. and First, M.B. (2007). Renaming schizophrenia. *British Medical Journal*, 2007, 334: 108. 2007.
6. Berrios, G.E. y Fuentenbro de Diego, F. *Delirio. Historia. Clínica. Metateoría*. Ed. Trotta. 1996.
7. Aldaz, J.A. y Vázquez, C. (Eds.), *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI. 1996.
8. Bleuler, E. *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. New York: International Universities Press. 1911/1950.

9. Read, J. Mosher, L. y Bentall, R.P. (Eds) *Models of Madness* (pp. 133-146). Hove: Brunner-Routledge. 2004.
10. Ciompi, L. Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 606-618.1980.
11. Vázquez, C., Hernangómez, L., Nieto, M. y Hervás, G. Evaluación de la depresión. En V. Caballo (ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Directrices prácticas e instrumentos de evaluación para niños, adolescentes y adultos* (pp. 201-231). Madrid: Pirámide. 2006.
12. O'Donovan, C. Achieving and sustaining remission in depression and anxiety disorders: Introduction. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (Suppl. 1), 5S-9S. 2004.
13. Murray, C.J.L., y López, A.D. (eds). *The Global Burden of Disease and Injury Series. Volume I*. World Health Organization. Cambridge. Harvard University Press. 1996.
14. Vázquez, C., Nieto, M. y López-Luengo, B. Epistemología de la rehabilitación. En M.A. Verdugo, D. López, A. Gómez, y M. Rodríguez (Eds.), *Rehabilitación en salud mental: Situación y perspectivas* (pp. 107-128). Salamanca: Amarú Ediciones. 2002.
15. Wing J.K. Rehabilitation of psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 109, 635-641. 1963.
16. Saraceno, B. y Montero, F. La rehabilitación entre modelos y práctica. En V. Aparicio (coord.). *Evaluación de servicios en salud mental* (pp. 313-321). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1993.
17. Van Os, J. y Verdoux, H. Diagnosis and classification of schizophrenia: categories versus dimensions, distributions versus disease. En R.M. Murray, P.B. Jones, E. Susser, J. Van Os y M. Cannon (Eds.) *The Epidemiology of Schizophrenia* Cambridge, Cambridge University Press. 2003.
18. Pratt, S.I. y Mueser, K.T. Schizophrenia. En Anthony, M.M. y Barlow, D. H. (eds.), *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders* (pp. 375-414). Guildford Press, 2002.
19. Anthony, W.A. Recovery for mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23, 1993.
20. May, R. Dar sentido a la experiencia psicótica. En Gleeson, J. y McGorry, P (Eds.) *Intervenciones psicológicas en la psicosis temprana*. Madrid: Desclée de Brouwer. 2005
21. Chovil, I. Reflections on schizophrenia, learned helplessness/dependence, and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29, 69-71. 2005.
22. Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W. y Chamberlein, J. Implementing recovery oriented evidence based programs: Identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal*, 41, 141-158. 2005.
23. McQuillan, B. My life with schizophrenia. En L. Spaniol y M. Koehler (Eds.), *The experience of recovery*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation. 1994
24. Weingarten, R. The ongoing process of recovery. *Psychiatry*, 57, 369-375. 1994.
25. Majumder, R. K., Walls, R. T., y Fullmer, S. L. Rehabilitation client involvement in employment decisions. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 42, 162-173.1998.
26. Blackwell, B., Eiders, K., y Robinson, D. The consumer's role in assessing quality. En G. Stricker y W. Troy (Eds.), *Handbook of quality management in behavioral health: Issues in the practice of psychology*. 2000.
27. Becker, D. R., Drake, R. E., Farabaugh, A., y Bond, G. R. Job preferences of clients with severe psychiatric disorders participating in supported employment programs. *Psychiatric Services*, 47, 1223-1226. 1996.
28. Bell, M. y Lysaker, P. Levels of expectation for work activity in schizophrenia: Clinical and rehabilitation outcomes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19, 71-76. 1996.
29. Liberman, R., Kopelowicz, A., Ventura, J. y Gutkind, D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14, 256-272. 2002.
30. Noordsey, D., Torrey, W., Mueser, K., Mead, S., O'Keefe, C. y Fox, L. Recovery from severe mental illness: An interpersonal and functional outcome definition. *International Review of Psychiatry*, 14, 318-326. 2002.
31. Andresen, R., Oades, L. y Caputi, P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37: 586-594. 2003.
32. Kelley, M. y Gamble, C. Exploring the concept of recovery in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 12: 245-251. 2005.
33. Ryff, C.D. y Singer, B. The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28. 1998.
34. Frosch, J. *The Psychotic Process*. Nueva York: International Universities Press. 1983.
35. James, N.M. On the perception of madness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27, 192-199. 1993.
36. Lundy, M.S. Psychosis-induced posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 46, 485-491. 1992.
37. Arieti, A. *Interpretation of Schizophrenia*. Nueva York: Basic Books. 1974.
38. Valiente, C., Villavicencio, P. y D Cantero, D. La fenomenología de la comorbilidad del trauma y la psicosis *Apuntes de Psicología*, 24, 111-135. 2006.
39. McGlashen, T.H. y Carpenter, W.H. Post-psychotic depression in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 33, 231-239. 1976.
40. McGlashan, T.H, Levy, S.T. y Carpenter, W.T. Clinically distinct recovery styles from schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1269-1272. 1975.
41. Tait, L., Birchwood, M., Trower, P. Predicting engagement with services for psychosis: insight, symptoms and recovery styles. *British Journal of Psychiatry*, 182, 123-128. 2003.
42. Schur, E. *Labelling deviant behaviour. Its sociological implications*. Nueva York: Harper y Row. 1971.
43. Lally, S.J. *How psychiatric patients become engulfed in a mentally ill self concept: Does being here mean there is something wrong with me?* Chapel Hill, NC: University of North Caroline. 1988.
44. Lally, S.J. Does being in here mean there is something wrong with me? *Schizophrenia Bulletin*, 15, 253-265. 1989.
45. Vázquez, C., Castilla, C., y Hervás, G. Reacciones ante el trauma: Resistencia y crecimiento. En E. Fernández-Abascal (ed.), *Las emociones positivas*. Madrid: Pirámide. 2007.
46. Baca, E. Indicadores de efectividad en la evaluación de servicios psiquiátricos. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37, 93-101. 1991.
47. López-Luengo, B. y Vázquez, C. Effects of a neuropsychological rehabilitation program on schizophrenic patients' subjective perception of improvement. *Neuropsychological Rehabilitation*, 15, 609-618. 2005.
48. Hargreaves, W.A., y Attkinson, C.C. Programa Evaluation. En J.A. Talbot y S.R. (eds), *Psychiatric Administration*, Grune & Straton, New York, 1983.
49. Wing, J.K. Research designs for the evaluation of services. En H.C. Knudsen y G. Thronicroft (eds.), *Mental health service evaluation* (pp. 37-49). Cambridge: Cambridge University Press. 1996.
50. Valiente, C. y Sechrest, L. Evaluación de la efectividad de programas de rehabilitación psicosocial. En J.A. Aldaz y C. Vázquez (Eds.), *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación* (pp. 23-55). Madrid: Siglo XXI. 1996.
51. Liberman, R.P. y Kopelowitz, A. Recovery from schizophrenia: A concept in search of research. *Psychiatric Services*, 56, 735-742. 2005.
52. Penn, D.L., Mueser, K.T., Spaulding, W., Hope, D.A. y Reed, D. Information processing and social competence in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 269-281. 1995.
53. Bystritsky, A., Liberman, R.P., Hang, S. Social functioning and quality of life comparisons between obsessive-compulsive and schizophrenic disorders. *Depression and Anxiety*, 14, 214-21. 2001.
54. Lehman, A., Alexopoulos, G., Goldman, H., Jeste, D., y Ustun, B. Mental Disorders and Disability: Time to Reevaluate the Relationship? En D. Kupfer, M. First, y D. Regier (eds.) *A Research Agenda for DSM-V* (pp. 201-218). APA: Washington DC, 2002.
55. Bulbena, A., Berrios, G. y Fernández de Larrinoa, P. (Eds). *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología*. Barcelona: Masson. 2000.
56. Muñoz, M., Roa, A. y, Pérez, E. *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Pirámide, 2002.



57. Gutiérrez, T., Raich, R. M.<sup>a</sup>, Sánchez, D. Deus, J. (Coords.). *Instrumentos de evaluación en psicología de la salud*. Madrid: Alianza Editorial. 2003.
58. Muñoz, M. y Vázquez, C. Las personas sin hogar: Aspectos psicosociales de la situación española. *Intervención Psicosocial*, 7, 7-26. 1998.
59. Robins, L. N. Helzer, J. E. Croughan J. y Ratcliff, K. S. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38 (4), 1981.
60. Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., y First, M.B. The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID): I. History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49, 624-629, 1992.
61. Vázquez, C. y Muñoz, M. *Entrevistas diagnósticas en salud mental*. Madrid: Síntesis. 2002.
62. Green, M.F. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *American Journal of Psychiatry*, 153: 321-330. 1996.
63. Mueser, K.T. y Bellack, A.S. Social skills and social functioning. En K.T. Mueser y N. Tarrier (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia* (pp. 79-96). Boston: Allynand Bacon. 1998.
64. Pogue-Geile, M.F. The prognostic significance of negative symptoms in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, Suppl* (7): 123-127. 1989.
65. Lukoff, D., Nuechterlein, K. H., y Ventura, J. Manual for expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Schizophrenia Bulletin*, 12, 594-602. 1986.
66. Overall, J. E., y Gorham, D. R. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812. 1962.
67. Andreasen, N. C. *Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)*. Iowa City: University of Iowa. 1984.
68. Andreasen, N. C. *Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*. Iowa City: University of Iowa. 1984.
69. Kay, S. R., Fiszbein, A., y Opler, L. A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276. 1987.
70. Drake, R., Haddock, G., Tarrier, N., Bentall, R., y Lewis, S. The Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS): Their usefulness and properties in first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 89, 119-122. 2007.
71. Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N., y Faragher, E.B. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29, 879-889. 1999.
72. Glynn, S. M. Psychopathology and social functioning in schizophrenia. En K.T. Mueser y N. Tarrier (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia*. Needham Heights: Allyn & Bacon. 1998.
73. Blanchard, J. J., y Panzarella, C. Affect and social functioning in schizophrenia. En K. T. Mueser y N. Tarrier (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia* (pp. 181-196). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon. 1998.
74. Hora, W.P. Freen, M.F., Kring, A.M. y Nuechterlein, K.H. Does anhedonia in schizophrenia reflect faulty memory for subjectively experience emotions? *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 496-508. 2006.
75. Beck, A. T., Brown, G., y Steer, R. A. *Beck Depression Inventory II manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation. 1996.
76. Beck, A. T., y Steer, R. A. *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation. 1990.
77. Addington, D., Addington, J., y Schissel, B. A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research*, 3, 247-251. 1990.
78. Addington, D., Addington, J., y Maticka-Tyndale, E. Specificity of the Calgary Depression Scale for schizophrenia. *Schizophrenia Research* 11, 239-244. 1994.
79. Craine, L.S., Hesson, C.E., Colliver, J.A. y MacLean, D.J. Prevalence of a history of sexual abuse among female psychiatric patients in a state hospital system. *Hospital and Community Psychiatry*, 3, 300-304. 1998.
80. Mueser, K.T., Trumbetta, S.L., Rosenberg, S.D. Vivander, R. y Goodman, L.B. Trauma and PTSD in several mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 493-499. 1998.
81. Shaw, K. McFarlane, A. Bookless, C. and Air. T. The aetiology of postpsychotic posttraumatic stress disorder following a psychotic episode. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 39-47. 2002.
82. Priebe, S., Broker, M. y Gunkel, S. Involuntary admission and posttraumatic stress disorder symptoms in schizophrenia patients. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 220-224. 1998.
83. Sautter, F. Brailey, K. Uddo, M., Hamilton, M.F., Beard, M.G. y Borges, A.H. PTSD and comorbid psychotic disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 73-88. 1999.
84. Ross, C. *Schizophrenia: Innovations in Diagnosis and Treatment*. Nueva York: Haworth Press. 2005.
85. Morrison, A. P., Frame, L. y Larkin, W. Relationship between trauma and psychosis: a review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 331-353. 2003.
86. Shaw, K. McFarlane, A. y Bookless, C. The phenomenology of traumatic reactions to psychotic illness. *The Journal of Nervous Mental Diseases*, 183, 434-441. 1997.
87. Green, B. L. Trauma History Questionnaire. En B.H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp. 366-369). Lutherville, MD: Sidran Press. 1996.
88. Blanchard, E.B., Jones-Alexander, J. Buckley, T.C. y Forneris, C.A. Psychometric properties of PTSD Checklist. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 669-673, 1996.
89. Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kalupek, D.G., Klauminzer, G., Charney, D.S. y Keane, T.M. A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD, the CAPS-1. *Behaviour Therapist*, 13, 187-188. 1990.
90. Cuffel, B.J. Comorbid substance use disorder: Prevalence, patterns of use, and course. En R.E. Drake y K.T. Mueser (Eds.), *Dual Diagnosis of Major Mental Illness and Substance Abuse: 2. Recent Research and clinical implications. New directions for mental health services* (pp. 93-105). San Francisco: Jossey-Bass, 1996.
91. Drake, R.E., Mueser, K.T. Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 26: 105-118, 2000.
92. Rosenberg, S.D., Drake, R.E., Wolford, G.L., Mueser, K.T., Oxman, T.E., Vidaver, R.M., Carrieri, K.L., y Luckoor, R. Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument (DALI): a substance use disorder screen for people with severe mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 155, 232-238. 1998.
93. Edwing, J.A. Detecting alcoholism, the CAGE questionnaire, *Journal of American Association*, 252, 1905-1907. 1984.
94. Mueser, K.T., Yarnold, P.R., Rosenberg, S.D., Swett, C. Jr, Miles, K.M., y Hill, D. Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates, and subgroups. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 179-192.
95. Mueser, K.T., Drake, R.E., Clark, R.E., McHugo, G.J. Mercer-Fadden, C., y Ackerson, T. *Toolkit for evaluating substance abuse in persons with severe mental illness*. Cambridge, MA: Evaluation Center at Human Services Research Institute. 1995.
96. McHorney, C.A., Ware, J.E. Jr, Lu, J., y Shrebourne, C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions and reliability across diverse patient groups. *Medical Care*, 32: 40-66. 1994.
97. Kaplan, R.M., Bush, J.W., y Berry, C.C. Health status: types of validity and the index of well-being. *Health Services Research*, 11, 478-507. 1976.
98. Green, M.F., Kern, R.S., Braff, D.L., y Mintz, J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: Are we measuring the «right stuff»? *Schizophrenia Bulletin*, 26: 119-136, 2000.
99. Mueser, K.T., Bellack, A.S., Douglas, M.S. y Wade, J.H. Prediction of social skill acquisition in schizophrenic and major affective disorder patients from memory and symptomatology. *Psychiatry Research*, 37, 281-296, 1991.
100. Penn, D.L., Corrigan, P.W., y Racenstein, J.M. Cognitive factors and social adjustment in schizophrenia. En K. T. Mueser y N. Tarrier (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia*. Needham Heights: Allyn & Bacon. 1998.
101. Wykes, T. y Reeder, C. *Cognitive remediation therapy. Theory and practice*. Routledge Ed. London and New York. 2005.
102. Vázquez, C., Florit, A., y López, B. Rehabilitación cognitiva en la esquizofrenia. En J.A. Aldaz y C. Vázquez (Eds.), *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación* (pp. 265-292). Madrid: Siglo XXI. 1996.

103. Berg, E. A. A simple objective technique for measuring flexibility in thinking *Journal of Gen. Psychol.* 39: 15-22. 1948.
104. Psychological Assessment Resources. *Computerised Wisconsin Card Sort Task Version 4 (WCST)*. Psychological Assessment Resources. 2003.
105. Shallice, T. Specific impairments of planning. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 298, 199-209. 1982.
106. Glosser, G. y Goodglass, H. Disorders in executive functioning among aphasic and other brain-damage patients. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 12, 485-501. 1990.
107. Saint-Cyr, J.A. y Taylor, A.E. The mobilization of procedural learning: The «key signature» of the basal ganglia. En L.R. Squire y N. Butters (Eds), *Neuropsychology of memory* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 188-202). New York: Guilford Press. 1992.
108. Delis, D.C., Kramer, J.H., Kaplan, E. y Ober, B.A. *California Learning Test: Adult Version*. San Antonio, TX: Psychological Cooperation. 1987.
109. Wechsler, D. *Wechsler Memory Scale— 3<sup>rd</sup> edition*. San Antonio TX: Psychological Cooperation. 1997.
110. Nuechterlein, K., Dawson, M., Ventura, J., Miklowitz, D., y Konishi, G. Information-processing anomalies in the early course of schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Research*, 5, 195-196. 1991.
111. Bruyère, S.M., Van Looy, S.A., y Peterson, D. International Classification of Functioning, Disability and Health: Contemporary Literature Overview. *Rehabilitation Psychology*, 50, 113-121. 2005.
112. Peterson, D.B. International Classification of Functioning, Disability and Health: An Introduction for Rehabilitation Psychologists. *Rehabilitation Psychology*, 50, 105-112. 2005.
113. Bellack, A.S., Sayers, M.D. Mueser, K.T. y Bennett. Evaluation of social problem solving in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 371-378. 1994.
114. Drake, R.E. Becker, D.R. Clark, R.E. y Mueser, K.T. Research on the individual placement and support model of supported employment. *Psychiatric Quarterly*, 70, 289-301, 1999.
115. Bellack, A.S., Mueser, K.T., Gingerich, S. y Agresta, J. *Social skills training for schizophrenia: A step by step guide*. New York: Guilford Press, 1997.
116. Cuffel, B.J., Fischer, E.P., Owen, R.R., y Smith, G.R., Jr. An instrument for measurement of outcomes of care for schizophrenia: issues in development and implementation. *Evaluation and the Health Professions*, 20: 96-108, 1997.
117. Muñoz, M., Vázquez, C., Muñoz, E., López-Luengo, B., Hernangómez, L., y Díaz, M. Evaluación de resultados en la esquizofrenia: El ejemplo de la Comunidad Autónoma de Madrid. *Intervención Psicosocial*, 8, 73-87. 1999.
118. Coverdale, J.H. y Grunebaum, H. Sexuality and family planning. En K.T. Mueser y N. Tarrrier (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia* (pp. 224-237). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon. 1998.
119. Muñoz, M. y Vázquez, C. Homelessness in Spain: Psychosocial aspects. *Psychology in Spain*, 3, 104-116. 1999.
120. Bond, G.R., Drake, R.E. Mueser, K.T. y Latimer, E. Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on clients. *Diseases Management and Health Outcomes*, 9, 141-159, 2001
121. Herz, M.J. Psychosocial treatment. *Psychiatric Annals*, 26, 531-535, 1996.
122. Barrowclough, C. y Tarrrier, N. *Families of Schizophrenic Patients. Cognitive Behavioural Interventions*. London, Chapman & Hall. 1992.
123. McGill, C.W., Falloon, I. R., Boyd, J. L., y Wood-Siverio, C. Family educational intervention in the treatment of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 934-938, 1983.
124. Birchwood, M. y Smith, J. *Schizophrenia and the family*. Baltimore: John Hopkins University Press. 1987.
125. Kreisman, D., Blumenthal, R., Borestein, M., Woerner, M., Kane, J., Rifkin, A., y Reardon, G. Family attitudes and patient social adjustment in a longitudinal study of outpatient schizophrenics receiving low-dose neuroleptics: Family's view. *Psychiatry*, 51, 3-13. 1988.
126. Clare, L. y Birchwood, M. Social adjustment of patients living at home. En K. T. Mueser y N. Tarrrier (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia* (pp. 224-237). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon. 1998.
127. Cohen-Mansfield, J. Agitated behaviour and cognitive functioning in nursing home residents: Preliminary results. *Clinical Gerontologist*, 7, 11-22. 1988.
128. Platt, S., Weyman, A., Hirsch S. y Hewett, S. The Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS): Rationale, contents, scoring and reliability of a new interview schedule. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 15, 43-55. 1980.
129. Bobes, J. González, M.P y Bousoño, M. *Calidad de vida en las esquizofrenias*. Barcelona: J.R. Prous Editores. 1995.
130. Lehman, A.F. A quality of life interview for the chronic mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 11, 51-62. 1988.
131. Baker, F. y Intagliata, J. Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning*, 5, 69-79. 1982.
132. Ruiz, M.A. y Baca, E. Design and validation of the Quality of Life Questionnaire (Cuestionario de Calidad de Vida CVV). A generic health-related perceived quality of life instrument. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 19-32. 1993.
133. García-Riño, D. e Ibáñez, E. Calidad de vida en enfermos físicos. *Revista de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 19, 148-161. 1992.
134. Holcomb, W.R., Morgan, P., Adams, N.A., Ponder, H., y Farrel, M. Development of a structured interview scale for measuring of life severely mentally ill. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 830-840. 1993.
135. Vázquez-Barquero, J.L., Vázquez-Barquero, J.L., Gaité, L. Ramírez, N., García-Usieto, E., Borra, C., Sanz, O., Bobes, J. y Oliver, J. Desarrollo de la versión española del perfil de calidad de vida de Lancashire (LQOLP). *Archivos de Neurobiología*, 60, 125-139. 1997.
136. Pascoe, G.C. y Attkinson,, C. C. The evaluation ranking scale: A new methodology for assessing satisfaction. *Evaluation and Program Planning*, 6, 335-347. 1983.
137. Suñol, et al., Cuestionario de demandas asistenciales. *Revista ROL de Enfermería*, 154, 36. 1988.
138. Ruggeri, M. y Dall Agnola, R. The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based services in patients, relatives and professionals. *Psychological Medicine*, 23, 1-523. 1993.
139. Amador, X. F. y David, A. S. *Insight and psychosis*. Oxford University Press, New York. 1998.
140. David, A. S. *Insight and psychosis*. *British Journal of Psychiatry*, 161, 599-602. 1990.
141. Cuesta, M., Alford, J. y Zarzuela, A. Psychopathological dimensions and lack of insight in Schizophrenia. *Psychological Reports*, 83, 895-898. 1998.
142. Weiler, M.A., Fleisher, M.H., MacArthur-Campbell, D. *Insight and symptoms change in schizophrenia and other disorders*. *Schizophrenia Research*, 45, 29-35. 2000.
143. Amador, X.F., Strauss, D.H., Yale, S.A., Flaum, M.M., Endicott, J. y Gorman, J.M. Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 150, 873-879, 1993.
144. McEvoy, J.P., Apperson, L.J., Applebaum. P.S., Orlip, P., Brecosky, J., Hammill, K., Geller, J.L. y Roth, L. Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 43-47, 1989.
145. David, A. Insight and Psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 156, 798-808. 1990.
146. Kemp, R. y David, A. Insight and compliance. En B. Blackwell, *Compliance and the Treatment Alliance in Serious Mental Illness* (pp. 61-86). Harwood Academic Publishers: Amsterdam. 1997.
147. Marcova, I.S. y Berrios, G. The assessment of insight in clinical psychiatry: A new scale. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 86, 159-164. 1992.
148. Kravetz, S., Faust, M., y Shalit, M. Accepting the mental illness label. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23, 324-332. 2000.
149. Schwartz, R.C. Self awareness in schizophrenia: Its relationship to depressive symptomatology and broad psychiatric impairments. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 401-403. 2001.

150. Dietrich, S., Beck, M., Bugantugs, B., Kenzine, D., Matschinger, H., y Angermeyer, M. The relationships between public causal beliefs and social distance toward mentally ill people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 348-354. 2004.
151. Mehta, S. y Farina, A. Is being sick really better? Effect of the disease view of mental disorder on stigma. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 16, 405-419. 1997.
152. Read, J. y Haslam, N. Public opinion: Bad things happen and can drive you crazy. En J.Read, L. Mosher y Bentall (Eds.), *Models of Madness* (pp. 133-146). Hove: Brunner-Routledge. 2004.
153. Read, J. y Hammersley, P. Can very bad childhood drive us crazy? Science, ideology and taboo. En J. Johannessen, B. Martindale y J. Cullberg (eds.), *Evolving psychosis: Different stages, different treatments* (pp. 270-292). Hove: Brunner-Routledge. 2006.
154. Read, J., Rudegeair, T. y Farrelly, S. The relationship between child abuse and psychosis. En W. Larkin y A.P. Morrison (Eds.) *Trauma and Psychosis. New directions for theory and therapy* (pp. 23-57). Hove: Brunner-Routledge. 2006.
155. Aderhold, V. y Gottwalz, E. Family therapy and schizophrenia: Replacing ideology with openness. En J.Read, L. Mosher and R. Bentall (eds.) *Models of madness* (pp. 335-348). Hove: Brunner-Routledge. 2004.
156. Sharfstein, S. Big Pharma and American psychiatry: The good, the bad and the ugly. *Psychiatry News*, 40, 3-4. 2005
157. Corrigan, P.W., Markowitz, F.E., Watson, A.C., Rowan, D. y Kubiak, M.A.. Attribution and Dangerousness Models of Public Discrimination towards People with Mental Illness. *Journal of Health and Social Behaviour*, 44, 162-179. 2003.
158. Frese, F.J., Stanley, J., Kress, K. y Vogel-Scibilia, S. Integrating evidence-based practices and recovery model. *Psychiatric Services*, 52, 1462-1468.
159. Rogers, E.S., Anthony, W. y Jansen, M.A. A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48, 1042-1047. 1994.
160. Echeburúa, E. *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca. 1995.
161. Sackett, D.L., Straus, S., Richardson, S., Rosenberg, W., y Haynes, R.B. *Evidence-Based medicine: How to practice and teach EBM (2nd Ed.)*. London: Churchill Livingstone. 2000.
162. Frese, F.J., Stanley, J., Kress, K., y Vogel-Scibilia, S. Integrating Evidence-Based Practices and the Recovery Model. *Psychiatric Services*, 52, 1462-1468. 2001.
163. Vázquez, C. y Nieto-Moreno, M. Psicología (Clínica) Basada en la Evidencia (PBE): Una revisión conceptual y metodológica. En J.L. Romero y R. Alvarez (eds). *Psicópolis: Paradigmas actuales y alternativos en la psicología contemporánea* (pp.465-485). Barcelona: Kairós. 2005.
164. Sánchez-Meca, J. y Botella, J. Revisiones sistemáticas y meta-análisis: herramientas para la práctica profesional *Papeles del Psicólogo*, 31, 7-17. 2010.
165. Peterson, C. y Park, N. El estudio científico de las fortalezas humanas. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial. 2009.
166. Vázquez, C. y Nieto, M. Rehabilitación psiquiátrica: Nuevos problemas y viejas soluciones. En A. Blanco, D. Navarro, D., y A. Pastor (eds.), *Rehabilitación psiquiátrica*. Madrid: Síntesis. 2010.
167. Vázquez, C. y Hervás, C. Salud positiva: Del síntoma al bienestar. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Psicología Positiva aplicada* (pp. 17-39). Bilbao: Desclee de Brower. 2008.
168. Slade, M. Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Services Research* 2010, 10:26. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/26>. 2010.





# Capítulo 2. Fundamentos Teóricos de la Evaluación Conductual y Funcional en Rehabilitación

Juan Fernández Blanco

## 1. Introducción

En el ámbito de las llamadas ciencias sociales, humanas, de la salud y pedagógicas, la evaluación se ha convertido en los últimos tiempos en un tema recurrente. No era de esperar que la rehabilitación psicosocial escapase de esa tendencia. Cuando se habla o cuando se escribe sobre rehabilitación, todo el mundo coincide en afirmar que evaluar es una tarea imprescindible y por ende inexcusable.

Nadie, por tanto, osa desmerecer la cuestión. Nadie suministra argumentos que puedan someter a revisión crítica la tautología de que antes de intervenir es necesario evaluar. No ha de ser aquí donde se cambie esta tendencia. Lo que si se va a hacer es llamar la atención sobre la necesidad de mantener la coherencia entre los postulados teóricos y las prácticas profesionales.

Nunca se ha de olvidar que ese proceder analítico que llamamos evaluación, fundamenta la constitución y organización de la praxis. Por coherencia debe hacerse valer la máxima de que en rehabilitación psicosocial, si no hay condicionantes objetivos que lo desaconsejen, no se ha de intervenir sin previamente haber evaluado. Pongamos un ejemplo ilustrativo: no sería correcto incluir usuarios en distintos programas, grupos o actividades, de forma sistemática y rutinaria. Evaluar, en este supuesto, sería el primer paso. El formato de intervención elegido, consecuente con los resultados de la evaluación, el segundo. Esta lógica coloca a los recursos de rehabilitación en función de aquello que sabemos, por la evaluación, que las personas necesitan, y no en la rutina de ir encajando a las personas en lo que puede ofrecer el recurso al margen de la evaluación.

La rehabilitación, al fin y a la postre, busca facilitar y favorecer cambios en el comportamiento hasta socializarlo (adaptación y re-adaptación normativa a la comunidad de referencia). La evaluación, entonces, cobra vital importancia al traslucir las causas que gobiernan la probabilidad del cambio. Cuestión que implica asegurar una y otra vez la correspondencia entre evaluación e intervención. Una y otra no han de administrarse como procedimientos independientes e inconjugables, aunque se establezcan con impecable corrección formal y burocrática. Para evitarlo habría que elevar a la categoría de aforismo la siguiente sentencia: es prácticamente imposible poder disponer las contingencias necesarias para favorecer que un individuo se desenvuelva y opere de forma adecuada en la comunidad, si prescindimos de la evaluación o si ésta no legitima el manejo de contingencias.

Tampoco ha de presuponerse que evaluar, en rehabilitación psicosocial, consiste en la mera aplicación de escalas, cuestionarios o registros más o menos estandarizados. No hay que confundir evaluar con recoger información. Como ha de poner en evidencia los argumentos que paulatinamente se irán trabando, evaluar no es aplicar protocolaria y rutinariamente instrumentos elegidos a priori. «El proceso de evaluación (...) no es la aplicación simple y de una vez por

todas de una prueba o de una entrevista»<sup>1</sup>. No se quiere decir con esto que tales pruebas sean inútiles e innecesarias. Lo que se está queriendo decir es que evaluar supera y trasciende metodológica y epistemológicamente tales prácticas. Las escalas, los cuestionarios y los registros pueden ayudarnos a recoger y ordenar información relevante, pero per se, no la evalúan. «Los datos por sí mismos no proveen de conocimiento. Se requiere una estructura teórica que organice, sistematice y vuelva significativos los datos»<sup>2</sup>.

Bien podíamos acogernos a la tesis que se acaba de citar para usarla como definición de evaluación, como clarificación de lo que significa evaluar. Así, se podría decir que evaluar es obtener datos informativos que hay que tratar. Tal tratamiento es obligado hacerlo de acuerdo a una estructura algorítmica que permita organizar y sistematizar la información previamente recabada para que cobre significado funcional. Proceder éste que convierte a la evaluación en un aspecto esencial y primario. Esencial puesto que es el requisito inexcusable no sólo para conocer al «sujeto rehabilitable», sino también para conocer la eficacia de las intervenciones aplicadas, y para controlar los resultados y los avances o mejoras de la persona a la que se le aplican tales intervenciones. Primario puesto que es el trámite previo a la implementación de praxis rehabilitadoras y por tanto, el proceder primero.

Lieberman<sup>3-5</sup> vindica la importancia de la evaluación funcional en rehabilitación, en los resultados que aportan estudios longitudinales. En ellos se pone de manifiesto la posibilidad de readaptación social de las personas que sufren esquizofrenia. Readaptación que sería improbable sin rehabilitación integral. Rehabilitación que sería ineficaz y fallida sin evaluación, dado que evaluación y tratamiento están intrínsecamente asociados y se interrelacionan de manera continua en el tiempo.

Desde el primer renglón, no se ha hecho otra cosa que remarcar el enorme interés que tiene evaluar. Conviene ahora llamar la atención sobre la circunstancia de que tal interés es por encima de todo, un interés aplicado, un proceso útil, ya que no existe mayor utilidad que poder ayudar a la persona evaluada en la dirección propia. Ayuda que sin ninguna duda se confiere fundamentando la toma de decisiones en los resultados de la evaluación.

A modo de conclusión diríamos que, para trabajar en rehabilitación psicosocial es inexcusable evaluar. Lo es, para poder conocer al sujeto de rehabilitación en interacción con su entorno sociocomunitario. Conocimiento que habilita el diseño de estrategias de intervención favorecedoras del desenvolvimiento normalizado y adaptativo de la persona, en los distintos contextos ambientales en los que ha de operar. Por eso, la evaluación debe ser multidimensional y abarcar la mayor parte de las áreas vitales de la persona.



## 2. Lo que pretende la evaluación

Nada mejor para comenzar este apartado que recordar a Watts y Bennett<sup>1</sup> cuando afirman que

*«el valor de la evaluación es determinar la severidad y cronicidad de una inhabilidad y sus causas principales; descubrir qué talentos se pueden desarrollar; trazar un plan de rehabilitación; proporcionar la ayuda profesional idónea para pacientes y parientes; y seguir el avance a la vez que se actualiza el plan, según vaya siendo necesario».*

Los autores citados sitúan la cuestión y ayudan a ir desplegando ideas, comentarios y afirmaciones que la aclaren. Así, se puede postular que la evaluación pretende recoger información concreta que sirva para determinar el nivel actual de habilidades y déficits de la persona evaluada. Simplificando, no sería errado afirmar que evaluar es valorar la capacitación para realizar con autonomía actividades de la vida diaria, como configuraciones circunstanciales de contexto (socionormativo).

Quién diga evaluar en rehabilitación psicosocial, ha de tratar forzosamente de conocer las competencias que la persona evaluada posee para enfrentar y afrontar las contingencias y circunstancias (demandas medio-ambientales) que pueden concurrir en el medio en el que (inter)actúa. A results de este proceso, ha de ser posible establecer un plan de intervención en el que se formulen objetivos a conseguir y procedimientos para conseguirlos.

No viene mal realzar el contenido sobre el que se está reflexionando. Para ello nos auxiliamos de Cuevas y Perona<sup>4</sup> cuando escriben que lo que persigue la evaluación es:

*«(...) recabar información sobre aquellas áreas en las que puede desempeñarse una persona, con el objetivo de identificar su nivel actual de habilidades y las posibles dificultades en el desarrollo de una vida satisfactoria (...). La identificación de posibles problemas de funcionamiento en las áreas junto a la determinación de las competencias personales es el primer paso en la evaluación conductual de la esquizofrenia».*

Si rehabilitar supone tratar de lograr cambios conductuales para una mayor y mejor adaptación sociocomunitaria, es obligado estimar experimentalmente sobre qué determinantes funcionales hay que intervenir. Pero el alcance de la evaluación no queda clausurado ahí. Se deben medir (evaluar), así mismo, los efectos producidos por las intervenciones aplicadas.

Como ya se ha dicho, identificar y analizar aquellos aspectos que permitan someter al usuario a entrenamientos que compensen incompetencias y recuperen capacidades, es lo que pretende la evaluación. Esto demanda:

- formular metas a conseguir por el usuario;
- determinar los contextos en los que debe operar para alcanzar dichas metas;
- describir las habilidades que va a necesitar para desenvolverse eficazmente en tales contextos y
- saber de que habilidades carece y cuales posee.

Evaluando, entonces, buscamos conocer y (re)conocer todo aquello que es relevante para la intervención e ignoramos. Por ejemplo, las inhabilidades y acontecimientos que pueden impedir la adaptación a distintos contextos

sociales. Esta suerte de anagnórisis, de reconocimiento, ha de conducir a la formulación de múltiples y distintas hipótesis que habrá que ir contrastando empíricamente (reevaluando). De lo contrario, cómo va a ser posible cuantificar en términos de frecuencia, intensidad y duración el objeto nodal de la rehabilitación, la conducta.

Sin analizar (funcionalmente) la interdeterminación conducta-ambiente, es imposible cualificarla (atribuirle las cualidades que le dan razón de ser) para modificarla, extinguirla o instaurarla. La posibilidad de hacer rehabilitación psicosocial abstrayendo esta lógica es mínima por no decir que nula. Ajustarse al método descrito ha de suministrar claves para potenciar comportamientos favorecedores de un mejor funcionamiento psicosocial, y disminuir los funcionalmente desadaptantes.

No olvidemos que evaluar tiene que servirnos para lograr particularizar lo general, objetivar lo subjetivo y concretar lo vago. No ha de ser de otro modo pues sabemos que desde lo general, lo subjetivo y lo vago, no es posible rehabilitar. Tal pretensión es difícilmente alcanzable, cuando la evaluación no se atiene a una estructura paradigmática bien establecida y fundada. Identificar y explicar aptitudes, excesos y carencias conductuales que favorecen o dificultan el desempeño de roles valorados socialmente, no puede lograrse con evaluaciones imprecisas, cambiantes y no sujetas a metodologías de eficacia contrastada. No es método aconsejable evaluar cogiendo un poco de aquí y otro poco de allá para mezclarlo o yuxtaponerlo sin legitimidad epistemológica, sin un marco teórico conceptual capaz de explicar los condicionantes que determinan funcionalmente las habilidades y capacidades (el comportamiento) del sujeto.

A modo de conclusión diríamos que, la evaluación busca recoger y analizar, sistemáticamente, todo un conjunto de datos que permitan describir y enjuiciar la realidad de acuerdo a un patrón epistemológico de referencia. Esto permitiría formular juicios y propuestas para favorecer procesos de rehabilitación psicosocial.

## 3. Evaluación psicosocial versus evaluación diagnóstica

Contra poniendo ambos métodos, se pretende aclarar y distinguir el significado y sentido del proceso evaluador en el ámbito de la rehabilitación psicosocial.

Se comenzará diciendo que la evaluación psicosocial supone un nivel de análisis específico y diferenciado. Como se sabe, somete a examen las capacidades y habilidades útiles para actuar con acierto y autonomía en distintos escenarios socioambientales.

La evaluación psicosocial, en su faz psicológica se organiza desde un marco teórico explicativo estructurado en torno a la psicología experimental. Huye, por innecesarios, de esquemas clasificadores. Se centra en aquellos datos que puedan informar sobre la presencia y ausencia de repertorios conductuales necesarios para la integración adaptada en la comunidad.

Mientras que la evaluación diagnóstica pretende aclarar lo que la persona es o tiene (esquizofrenia, psicosis, manía,

trastorno de la personalidad), la evaluación psicosocial se interesa por lo que hace, o no hace, y las condiciones bajo las cuales lo hace o debería hacerlo. Una trata de desvelar las variables internas (orgánicas) que subyacen al comportamiento del sujeto. La otra describe y analiza funcionalmente contingencias que determinan (determinantes funcionales) la (inter)acción conducta-ambiente. Una maneja supuestos o hipótesis de cuantificación (determinar en qué medida se da un fenómeno). La otra maneja supuestos o hipótesis de predicción (determinar la probabilidad de una respuesta operante bajo ciertas condiciones ambientales).

Este encuadre permite afirmar que no evalúa con propiedad, en rehabilitación psicosocial, quién trata de conocer aspectos independientes (sintomáticos) de las condiciones objetivas de (Inter)acción personal, para acertar en su etiquetación. Sí evalúa con propiedad en rehabilitación, quién estudia la globalidad de la conducta para precisar el nivel de desempeño personal e interpersonal. Es por esta razón, por la que toma especial interés la evaluación del ambiente, cosa que no ocurre cuando el objetivo es diagnosticar. Cañamares y col.<sup>6</sup> lo dicen de este modo:

*«Una evaluación de la esquizofrenia que esté orientada al tratamiento no es una simple valoración de síntomas que permitan etiquetar nosológicamente a una persona, sino que supone una exhaustiva búsqueda de información que permita conocer su funcionamiento global, actitudes y expectativas, además de las características y posibilidades del medio.»*

La evaluación psicosocial es una evaluación que podría calificarse como evaluación ecológica (evalúa contextos conductuales). Es una evaluación que se lleva a término por y para la (re)habilitación conductual y social de la persona afectada por un problema psiquiátrico grave y crónico. La evaluación diagnóstica, por el contrario, podría calificarse como evaluación gnosográfica (desarrolla criterios operativos para la clasificación). Además, este tipo de evaluación, «(...) se realiza en el marco de una historia clínica. Ha de incluir una anamnesia médica y psiquiátrica y una explicación psicopatológica»<sup>7</sup>.

Lo que pretende la rehabilitación psicosocial no es otra cosa que entender el alcance funcional, y por ende social, cultural, de las habilidades y capacidades como operantes circunstanciales. Por eso, no sirve manejar exclusivamente instrumentos orientados a lo sindrómico.

Hay que sostener el esfuerzo de no perder de vista que el objeto de conocimiento de la evaluación en rehabilitación es, por antonomasia, la dialéctica sujeto-entorno. No nos equivoquemos, «el diagnóstico tiene su razón de ser en lo patológico y se centra en el desarrollo de los síntomas a lo largo del tiempo. La evaluación en rehabilitación, por el contrario, se interesa por las habilidades actuales y los recursos ambientales»<sup>8</sup>.

A modo de conclusión diríamos que, evaluación psicosocial y evaluación diagnóstica ni son ni pueden ser lo mismo. Desde la evaluación diagnóstica se entiende la conducta como un síntoma que identifica una entidad gnosográfica preestablecida. En sentido opuesto, desde la evaluación psicosocial se entiende la conducta como capacidad o habilidad funcionalmente condicionada al ambiente en el que se

interdetermina. Cuando se diagnostica se busca la identificación y rotulación de un problema. Cuando se evalúa se formulan juicios hipotéticos, a contrastar en la empiria, sobre la capacidad o incapacidad de la persona para vincularse con la realidad en la que vive. Ambas, evaluación diagnóstica y evaluación psicosocial, son claramente diferentes en la meta que persiguen, en el proceso que siguen, y en las herramientas que utilizan.

#### 4. La evaluación en rehabilitación como evaluación conductual y funcional

En el apartado anterior se ha argumentado en contra de la conceptualización de la evaluación en rehabilitación como evaluación diagnóstica. Es más, se presentaron una y otra como contrapuestas. Toca ahora aclarar su naturaleza, reflexionar sobre su entidad epistemológica.

La tesis ha desarrollado reza así: La evaluación en rehabilitación, en cuanto que evaluación centrada en capacidades y habilidades, es una evaluación conductual y funcional. Por tanto, sin exceso ni exageración, puede atribuírsele una naturaleza psicológica. Veamos por qué.

Parece que haya quedado suficientemente claro que la evaluación en rehabilitación se interesa principalmente por las habilidades, por las capacidades y por el contexto ambiental en el que son emitidas.

Aceptar la evaluación en rehabilitación como evaluación centrada en capacidades y habilidades, es aceptar que lo que se van a evaluar son repertorios conductuales<sup>9</sup> (evaluación conductual), y los ordenados enlaces de unidades de conducta (análisis funcional) que los conforman a la búsqueda de colmar un propósito pretendido (relacionarse con otras personas, estabilizar los síntomas, la higiene personal, trabajar, etc).

Esta metodología evaluadora, que pide internamente cualquier proceso rehabilitador, no se circunscribe a una conducta aislada. La evaluación necesita abarcar las variables sociales de contexto que determinan funcionalmente la conducta (los determinantes funcionales). A resultados de esta lógica procesual, se podrá hipotetizar qué habilidades y capacidades (repertorios conductuales) necesita aprender, extinguir o modificar una persona con problemas crónicos de salud mental, para poder desempeñar roles útiles y valorados socialmente. Esta lógica habilita la formulación de Planes Individualizados de Rehabilitación (en adelante PIR) en los que se definen objetivos generales (metas que tienen que ver con repertorios conductuales) y objetivos específicos (metas que tienen que ver con unidades de conducta) a conseguir. Sólo a partir de tal proceso (conductual y funcional de evaluación) será lícito diseñar intervenciones (técnicas) psicológicas (ya que son intervenciones sobre conductas) que permitan producir las modificaciones conductuales y ambientales oportunas (conseguir los objetivos propuestos en el PIR).

Lo que se ha dicho de la evaluación, lo mismo se ha de decir de la intervención. La mayoría de las intervenciones rehabilitadoras, son intervenciones psicológicas. Lo son, al estar fundamentadas en la psicología experimental (las leyes del aprendizaje y los principios de la modificación de conducta). En tales leyes y principios, y no en otros, se

basan las técnicas que más se utilizan cuando se interviene en este campo. Como ejemplo basten las que a continuación se enumeran: el modelado, el moldeamiento, el encadenamiento de estímulos, el control de estímulos, la desensibilización, los contratos de contingencias, el manejo de operantes de refuerzo y de extinción, el desvanecimiento progresivo de contingencias de control, la resolución de problemas, el tiempo fuera y la economía de fichas.

Si al fin y a la postre lo que se evalúa (se analiza funcionalmente) son conductas determinadas ambientalmente de acuerdo a parámetros socio-normativos, lo que se está haciendo es perseguir el control de los repertorios conductuales, histórico-singulares, de cada persona evaluada. Luego entonces, cada evaluación ha de ser una evaluación personalizada, individualizada. Por lógica, el diseño que interesa, dado que todas las personas son casos únicos, es intrasujeto y no intersujeto.

Los argumentos que se han ido exponiendo, llevan a adjetivar esta evaluación como evaluación idiográfica. El adjetivo está usado con pertinencia cuando evaluar supone aplicar un modelo en el que se da cuenta de las relaciones causales (funcionales) de la conducta de una persona. Si se habla de evaluación idiográfica, se habla de evaluación intrasujeto.

Como es sabido, el concepto idiográfico es antinómico del concepto nomotético\*. La metodología idiográfica se dirige al caso individual para analizar conductas, como patrones de respuestas específicos ante situaciones determinadas, en términos de antecedentes y consecuentes ambientales, la metodología nomotética considera que son los factores personales los que juegan un papel predominante sobre los factores del ambiente. Fuentes Ortega<sup>12-13-14-15</sup> lo razona impecablemente. El análisis funcional al adolecer de factura lógica «general» no es nomotético. No lo es ni apelando a la lógica general en sentido fuerte, como universalidad hipotético-deductiva, ni en sentido débil, como generalidad empírica. Sí es idiográfico al situarse en una lógica de factura histórico-concreta o histórico-singular. Lógica que lleva a dar cuenta de aquello que es propio de cada individuo y por tanto lo distingue de todos los demás.

Hacer una buena evaluación en rehabilitación psicossocial pasa por obviar el interés en evaluar constructos, propio de los métodos nomotéticos, utilizando instrumentos que permitan obtener puntuaciones normativas. De lo que se trata, cuando se evalúa con acierto, es de analizar, de forma específica (funcionalmente), la conducta como operante emitida en contextos sociocomunitarios estructurados morfosintácticamente. De esta aproximación idiográfica han de surgir hipótesis explicativas de cómo ciertos eventos controlan funcionalmente la conducta evaluada con un valor determinado (determinación funcional).

A modo de conclusión diríamos que, no es posible evaluar en rehabilitación psicossocial sin analizar funcionalmente las interacciones del individuo con el medio (las conductas). Tales interacciones del rehabilitando, entendido como sujeto que se comporta, son las habilidades y capacidades de las que habla cualquiera que se acerque al problema de la evaluación. Por lo

cual, es difícil cuestionar que la evaluación en rehabilitación sea una evaluación de la funcionalidad del comportamiento en el entorno comunitario (una evaluación conductual y funcional). Al serlo, las praxis rehabilitadoras que de ella se deducen, en esencia, no son otra cosa que operaciones sobre el comportamiento humano. Para poder evaluarlo con rigor técnico, habrá que recurrir a la disciplina o saber cuya génesis y desarrollo categorial está gnoseológicamente unido a su estudio. Por eso lo riguroso y eficaz es evaluar la conducta desde la psicología, disciplina o saber en el que se encuentran las leyes (del aprendizaje), los principios (de la modificación de conducta) y la metodología (el análisis funcional) que hace posible tal evaluación. Si la evaluación es conductual y funcional ha de ajustarse siempre a cada individualidad particular. Al ser así, no cabe más que reconocerla situada en un plano idiográfico, que es el plano en el que se sitúan las evaluaciones centradas en la realidad concreta de una persona.

## 5. Fases del proceso evaluador: evaluación inicial y evaluación continua

Evaluar no es aplicar protocolariamente un conjunto de pruebas y procedimientos estáticos, recortados en el tiempo y que tienen sentido en sí mismos. Evaluar no es una ocurrencia aislada en la que se eleva a ceremonia, el ritual de investir de solemnidad fútil la aplicación mecánica y estereotipada de instrumentos esclerotizados. Procediendo de este modo, se condena la evaluación a un mero y obligado trámite poco más que burocrático. Trámite que de facto, termina vaciándola de sentido y ocluyendo su importancia trascendental.

Yerra quién sostiene que una vez aplicadas pruebas y procedimientos, la evaluación toca a su fin. El error nace de ignorar que la evaluación ha de mantenerse mientras dure la intervención. Esto es así ya que la configuración de una intervención encuentra su génesis en los resultados a los que se llega evaluando.

Evaluar es un proceso analítico no especulativo, sistemático no anárquico, continuo no puntual y riguroso no impreciso. Como proceso, cursa en una serie ininterrumpida de exploraciones contextuales de repertorios de conducta. Siendo de este modo, no ha lugar recortarlo a un periodo predefinido por un protocolo estandarizado.

Es primordial destacar la idea de evaluación como proceso longitudinal que a través de dos fases básicas, da cuenta de su objetivo. Estas fases serían, la evaluación inicial y la evaluación continua.

### a. Evaluación inicial

La evaluación inicial supone una primera aproximación a la problemática. Es el primer nivel de análisis y por tanto prelude la totalidad del proceso evaluador. Pretende hacer una primera recogida de información para delimitar el problema.

\* Tal contraposición fue acuñada por el filósofo alemán Windelband en el discurso de Estrasburgo<sup>2</sup> Más información en: G Bueno «Individual, idiográfico» (<http://www.nodulo.org/ec/2006/n056p02.htm>), El Catoblepas, n.º 56, octubre 2006, pág. 2. Y también en G Bueno<sup>3</sup>.



En ella hay que realizar exploraciones amplias y molaras de las que se infieren conclusiones generales. Por eso sólo permite comprender la globalidad, no la especificidad, de la problemática evaluada. No puede predicarse de ella otro atributo que el de básica, al ser parte de un proceso valorativo (evaluación como totalidad) que la incluye (al ser una de sus fases) a la vez que la trasciende.

En esta fase prístina, se van a recoger datos que tratados convenientemente (evaluados conductualmente), permitan formular hipótesis explicativas genéricas que ayuden a comprender, a grandes rasgos, aspectos globales de la problemática. Estos datos se corresponden con repertorios conductuales, y no con unidades de conducta, en cuanto que configuraciones estructurales, y no funcionales, de los eventos.

Esta evaluación, que es una evaluación en sentido lato, por lo explicado, ha de tener un nivel de molaridad alto, ya que se interesa por repertorios conductuales que pueden ser organizados en áreas vitales.

Resumiendo, lo que se evalúa, en la evaluación inicial, son repertorios conductuales (por ejemplo, conversación y asertividad) organizados, por interés metodológico del evaluador, en áreas vitales (por ejemplo habilidades sociales).

## b. Evaluación continua

Completar la evaluación inicial no comporta, como se ha advertido, cerrar el proceso evaluador. Al ser éste un proceso abierto y continuo, la evaluación ha de continuar. Así también lo demanda el devenir de cada problemática sometida a análisis. Demanda que se razona del siguiente modo: si la problemática es una acaecer dinámico y dialéctico, un devenir, no cabe postular, mientras sigamos interviniendo en ese acaecer (rehabilitando), la idoneidad de evaluar mediante un proceder que en un tiempo limitado se cierra definitivamente.

Cuando se trata de rehabilitar, necesariamente hay que tratar con el vivir, con la vida de las personas. Vida que como bien dice el profesor Marino Pérez<sup>16</sup>.

*«(...) es una tarea, un hacer y quehacer, abierto sobre un horizonte de posibilidad».*

Cómo se va entonces a comprender cabalmente esa realidad con una metodología estática. Si rehabilitar es capacitar para vivir, y vivir es un continuo obrar sobre eventualidades de variable probabilidad, evaluar, para saber cómo rehabilitar, es un continuo evaluar. No olvidemos que lo que se evalúan son habilidades y capacidades (repertorios conductuales y las unidades de conducta que los constituyen<sup>9</sup>) dadas en un continuo espacio-temporal indivisible salvo por cortes convencionales para aislar, y así poder analizar funcionalmente, sus unidades de conducta. Si se admite que esto es así, de lo único que cabe hablar es de evaluación continua, como continuar evaluando a partir de la evaluación inicial. Si se admite que esto es así, de lo único que cabe hablar es de evaluación como proceso constante y permanente. Luego entonces, la evaluación continua toma a la evaluación inicial como referente, y desde ella progresa para explicitarla, delatando el carácter epigenético de la praxis evaluadora.

La evaluación continua, al fin y a la postre, no es otra cosa que un proceso de continua ocurrencia desde el que profundizar en el examen de la problemática, para poder

organizar, con sentido y pertinencia, praxis rehabilitadoras. Al situar dicho proceso en un segundo nivel de análisis, queda abierta la posibilidad de cambios sobre el planteamiento hecho inicialmente (en la evaluación inicial).

Desde este segundo nivel de análisis sobre el que estamos teorizando, no pueden sino realizarse exploraciones concretas y moleculares. No se puede sino proseguir en la recogida de información, para actualizar y ahondar la recabada durante la fase de evaluación inicial. Este segundo nivel de análisis permite inferir conclusiones específicas, y es un modo preciso y particular de comprender la conducta.

La evaluación continua es más exhaustiva que la evaluación inicial. Si ésta permite comprender la generalidad de la problemática evaluada, aquella permite comprender la singularidad. Ergo, hay que alcanzar un nivel de profundidad analítica y funcional, que permita clarificar todo lo posible los datos de la primera evaluación. Para lograrlo, se ha de recoger información que, tratada convenientemente (analizada funcionalmente), permita formular hipótesis explicativas de cada una de las unidades de conducta que integran cada uno de los repertorios conductuales evaluados (conductualmente) en la evaluación inicial. Estas informaciones se corresponderían ahora con unidades de conducta, y no con repertorios conductuales, en cuanto que configuraciones funcionales, y no estructurales, de los eventos.

Por lo explicado, estamos ante una evaluación en sentido estricto. Ha de tener un nivel de pormenorización muy alto, ya que se interesa por unidades de conducta que, debidamente concatenadas, constituyen un repertorio conductual. Sus análisis tienen mayor especificidad, más finura y precisión y por tanto, mayor rigurosidad que los análisis realizados en la evaluación inicial.

La combinación de una evaluación inicial y una evaluación continua, «permite avanzar de lo general (primer nivel de análisis) a lo específico (segundo nivel de análisis), pudiendo resituar a posteriori estos análisis, más finos y concretos, en el análisis general de la problemática (evaluación inicial)»<sup>17</sup>.

Los dos niveles de análisis que aquí se vienen reivindicando, son fases que se despliegan en una lógica de continuidad que es la que le da, a la evaluación, sentido de proceso unitario. Esas fases bien aplicadas, rentabilizan la evaluación al permitir una comprensión más profunda, precisa y certera del material evaluado. La razón de que esto sea así reside en la posibilidad de analizar parcial y exhaustivamente aspectos concretos de la problemática, sin perder de vista la globalidad en la que se integran y a la que integran. Una evaluación en profundidad (evaluación continua en cuanto que análisis funcional) de una parte (unidades de conducta) del material evaluado, no tiene porqué hacer perder de vista el todo (repertorios de conductas evaluados conductualmente en la evaluación inicial) al que esa parte contribuye a conformar.

A modo de conclusión diríamos que, la evaluación ha de ser un proceso sistemático e ininterrumpido, organizado metodológicamente en dos fases. Una primera que llamaríamos evaluación inicial, y una segunda que llamaríamos evaluación continua. La evaluación inicial es una evaluación en sentido amplio y la evaluación continua es una evaluación en sentido estricto. La evaluación inicial es una evaluación (conductual) de

repertorios conductuales organizados en áreas vitales, y la evaluación continua es un análisis funcional de las unidades de conducta (por ejemplo, levantarse como muy tarde a las 10:00) que conforman los repertorios conductuales (por ejemplo, hábitos de sueño).

## 6. Línea base: importancia y utilidad

Allá por los albores del conductismo y en los inicios de su pleno desarrollo, establecer una patrón de medida de la conducta sobre la que se iba a intervenir era práctica obligada e incuestionable. Pasó el tiempo y sin saber muy bien por qué, ese procedimiento fue cayendo poco a poco en desuso. En la actualidad es raro encontrar en la práctica profesional directamente asociada, de un modo u otro, a la modificación de conducta, como es el caso de la rehabilitación psicosocial, la aplicación de protocolos que tengan que ver con aquello que hace décadas se consideraba útil y obligado. El asunto es difícilmente justificable al adolecer de razones epistemológicas que lo expliquen. Siendo la situación actual la que es, parece ineludible volver a reivindicar la restitución de ese procedimiento que históricamente se llamó línea base. Este apartado tratará de explicar en que consiste, justificar su necesidad en el campo de la rehabilitación psicosocial y describir como se utiliza.

Partimos del histórico imperativo categórico que afirma que cuando se evalúa, es necesario obtener un registro de partida de la conducta a evaluar. La línea base cumplió y debe cumplir ese papel. La línea base bien podría definirse como un periodo inicial de observación, cuyo objetivo es obtener la frecuencia de ocurrencia normal de la conducta a evaluar<sup>18</sup>. Estamos, en consecuencia, ante un registro que informa del acaecimiento de aquello sobre lo que vamos a intervenir tras la pertinente evaluación. Una línea base bien hecha desvela la situación de partida con la que nos vamos a enfrentar. Es el referente al que siempre se puede volver para establecer comparaciones de interés.

La línea base se puede clasificar en dos tipos.

- La línea base simple es un registro de la conducta o conductas sobre las que se va a intervenir de acuerdo a un orden de prioridades.
- La línea base múltiple es un registro simultáneo de informaciones provenientes de dos o más conductas que se desea modificar simultánea o consecutivamente.

Al tener éste segundo registro una mayor complejidad, se va a detallar más. Para ello vamos a tomar como referencia el manual de Kazdin<sup>19</sup>. En un registro de línea base múltiple, lo primero que se ha de hacer es recoger datos de línea base de dos o más conductas. Cuando se obtiene la tasa estable de actividad de todas, se interviene para cambiar una de ellas. De las otras, se siguen recogiendo datos hasta volver a conseguir tasas estables. Entonces, se interviene en una segunda conducta. Este proceder se mantiene de forma idéntica y sucesiva hasta que todas las conductas están sujetas a intervención. El objetivo último es correlacionar las intervenciones aplicadas y las modificaciones de conducta acaecidas. Se dirá que la correlación existe si y sólo si cada conducta se modifica después de haber intervenido.

Sistematizar registros de línea base simple y múltiple antes de evaluar y de intervenir, y después de haber inter-

venido, debería ser una práctica de obligado cumplimiento. Las posibilidades que abre son múltiples:

1. registrar la situación previa a la evaluación y aplicación de técnicas de intervención para conocer la realidad de partida. En este sentido, como se pone de manifiesto en «Modificación de conducta en educación especial»<sup>20</sup>, indicará con precisión cuales son las deficiencias conductuales y en que condiciones se dan, lo cual orienta enormemente la definición de objetivos
2. conocer si se han producido cambios tras la aplicación de técnicas de intervención
3. en caso de que se hayan producido cambios, si son los esperados
4. establecer una suerte de tratamiento hermenéutico del total de datos registrados desde el que inferir el grado de eficacia de las intervenciones aplicadas; o lo que es lo mismo, manejar indicadores de hasta que punto los cambios constatados en los registros quedan hipostasiados a las intervenciones realizadas. Si tras la aplicación de las intervenciones propuestas a partir del análisis funcional se obtienen las modificaciones conductuales previstas, se podrá decir que éstas han sido causadas por aquellas
5. falsar o verificar las hipótesis formuladas a partir de los resultados obtenidos en la evaluación; o lo que es lo mismo, confirmar o rechazar las explicaciones dadas sobre qué contingencias determinan la conducta analizada y con que valor funcional:
  - a) el análisis funcional propone hipótesis explicativas de cómo la conducta está determinada funcionalmente por ciertas eventualidades
  - b) en base a tales hipótesis se diseñan intervenciones para provocar ciertos cambios
  - c) comprobando con los registros oportunos que tales cambios se han dado, se podrá inferir que las hipótesis propuestas son ciertas
6. manejar un conjunto de datos que alerten de si el análisis funcional ha estado mal o bien hecho. Si las hipótesis explicativas formuladas tras el análisis funcional han sido verificadas, se puede concluir que el análisis funcional se ha hecho bien.

Trabajar en rehabilitación utilizando líneas base, disipa la tentación de emitir juicios inspirados en impresiones generales en vez de en constataciones objetivas. Los juicios basados en impresiones conducen a errores como:

- a) Confundir intensidad con frecuencia. La alta disruptividad de una conducta puede hacer que se piense que es emitida más veces de las que realmente se emite.
- b) Atribuir menor frecuencia a una conducta por exposición prolongada a ella. Interactuar muchísimo con una persona que emite estereotipias verbales con mucha frecuencia, puede dar la impresión de que lo hace esporádicamente.
- c) Juzgar que el usuario está mejorando (recuperando o aprendiendo habilidades y capacidades, aptitudes) donde sólo hay intención (verbalización) de cambiar y actitud (disposición) para el cambio.
- d) Sesgar la valoración sobre cambios cuantitativos y cualitativos en rehabilitación, por la disposición anímica (optimismo-pesimismo) del que valora.

En el apartado (IV) de este capítulo se ha definido la evaluación en rehabilitación como una evaluación conductual y funcional. Característico de esta evaluación es centrarse en conductas específicas y no en constructos subyacentes a ella. Conductas que no basta con observar. Conductas que hay que cuantificar. De ahí la importancia de detectar parámetros básicos como frecuencia, intensidad y duración, desde los que establecer la línea base.

TABLA 1. Ejemplo de registro diario y semanal de una conducta según parámetros de intensidad y frecuencia

					Total Frecuencia	Media intensidad
Lunes	1	1	4		3	2
Martes	1	1	5	1	4	2
Miércoles					0	0
Jueves	2	3			2	2,5
Viernes	1	1			2	1
Sábado	5	1	2	1	4	5
Domingo	1				1	1
					17	1,5

INTENSIDAD: (1) Leve, (2) Moderada, (3) Importante, (4) Grave, (5) Gravísima.

La línea base no sólo representa la perspectiva cuantitativa de la evaluación. Si bien es cierto que tiene indiscutiblemente que ver con el concepto de evaluación como medición, no lo es menos que identificarla exclusivamente con una mera acumulación cuantitativa de datos es malentenderla. Como instrumento idóneo y confiable que es, coadyuva, a la luz de la información que aporta, a poder realizar la necesaria tarea de repensar y recrear críticamente todas las fases a seguir durante el proceso de rehabilitación psicosocial. Es por esto por lo que se puede afirmar que reporta marcadas connotaciones técnicas que no la excluyen de la perspectiva cualitativa. No se olvide que esta perspectiva tiene que ver con tareas tales como apreciar, valorar, comparar y comprender, y que la línea base es de gran ayuda para llevarlas a término.

Si nos centramos en el ámbito de la rehabilitación psicosocial, la línea base es aquel registro de la conducta o conductas que se formulan como objetivos a conseguir en el PIR. No se podrán juzgar, con apoyo en la evidencia, los objetivos formulados en el PIR sin conocer las características de las conductas que les dan sentido. Estas características son:

- topografía
- frecuencia
- intensidad
- duración

Otra cuestión ha tener en cuenta es la de la tasa de respuesta. Habrá ocasiones en que interese que la línea base la refleje. Para hallarla bastará con dividir el número de veces que ocurre la respuesta, entre la unidad de tiempo establecida. Como norma, es fundamental que todos los registros se hagan con objetividad. A ello ayuda la construcción de gráficos de línea base. El procedimiento estándar es el siguiente:

- se establece un sistema de coordenadas cartesianas
- el eje de abscisas ha de corresponder al periodo de tiempo en el que se registra el dato
- el eje de coordenadas ha de corresponder al nivel alcanzado de respuesta en términos de frecuencia, tasa de ocurrencia, duración porcentaje, etc.

FIGURA 1. Ejemplo de línea base de la conducta de lavarse los dientes durante una semana



Utilizar líneas base no comporta sólo el interés y los beneficios ya señalados. A ellos se une lo que llamaríamos efectos beneficiosos secundarios. Por efectos beneficiosos secundarios entendemos aquellos efectos que no son los directamente buscados. Estos efectos beneficiosos sobrevenidos suelen producirse durante la observación y registro de la conducta con la que se va a intervenir. Tienen que ver con el llamado efecto reactivo de la observación y efecto de generalización.

El efecto reactivo de la observación consiste en que en algunos casos de registro de línea base se detecta una remisión de la problemática observada, pudiendo llegar a ser incluso innecesaria la intervención. Se conoce como efecto de generalización la situación en la que se observa una mejoría del comportamiento en general, lo que da lugar a una menor tasa de respuestas problemáticas.

Se habló de los beneficios de utilizar líneas base. Toca ahora para finalizar, decir que utilizarlas también acarrea al menos un problema destacado. El problema no es otro que saber determinar con acierto, cuanto va a durar el registro sistemático de la información. Para resolver la duda se propone la siguiente solución. El registro de datos ha de mantenerse el tiempo necesario hasta obtener una tasa de respuestas lo relativamente estable como para tener la seguridad de conocer cual son sus patrones.

A modo de conclusión\*\* diríamos que, la línea base puede ser definida como un registro de las conductas que se van a evaluar. Decir línea base es lo mismo que decir nivel operante, nivel inicial o nivel de pre-tratamiento. Si para medir estos niveles se introduce la variable frecuencia, se podría hablar entonces de frecuencia base. Es importante y útil hacer la línea base por sistema, entre otras cosas, porque permite:

- manejar la información registrada para tomar decisiones durante la evaluación
- emitir juicios críticos sobre la pertinencia del proceso evaluador y la eficacia de las intervenciones aplicadas.

\*\* Quién tenga interés puede consultar ejemplos de línea base sencillos y bien explicados en el libro de Kazdin «Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas»<sup>21</sup> y en las páginas 263, 291-299 y 376 del libro «Modificación de conducta»<sup>22</sup>; o en Liberman<sup>23</sup> (1978) páginas 90-93, 263 y 393.

## Bibliografía

1. Watts, F. Y Bennett, D. (1990). *Rehabilitación psiquiátrica*. México, D. F.: Limusa.
2. Ribes, E. (1982). *El conductismo: reflexiones críticas*. Barcelona: Fontanella.
3. Liberman R. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca.
4. Cuevas Yust, C. y Perona Carcelán, S. (1995). Evaluación conductual de la esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 43, 45-63.
5. Liberman R. (1988). *Psychiatric Rehabilitation of chronic mental patients*. Washington: American psychiatric press.
6. Cañamares, J. M. y otros (2001). *Esquizofrenia*. Madrid: Síntesis.
7. Consejo español sobre evaluación y tratamiento. En, <http://personales.ya.com//laemental/Evaluac.pdf>
8. Fernández Blanco, J. (2002). Evaluación y Plan individualizado de rehabilitación. En *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica*. Madrid: Consejería de servicios sociales, pp. 75-91.
9. Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
10. Bueno, G. (1992). *Teoría del cierre categorial*. Oviedo: Pentalfa.
11. Bunge, M. (1989). *Mente y sociedad*. Madrid: Alianza Editorial.
12. Fuentes, J. B. (1986). El conductismo como filosofía. *Revista Mexicana de Análisis de la conducta*. Vol. 12, N.º 3, 189-315.
13. Fuentes, J. B. (1992). La psicología: ¿una anomalía para la Teoría del cierre categorial? En *La filosofía de Gustavo Bueno*. Madrid: Editorial Complutense pp. 183-206.
14. Fuentes, J. B. (1992). Conductismo radical versus conductismo metodológico: ¿qué es lo radical del conductismo radical? En J. Gil Roales-Nieto, M. C. Luciano Soriano y M. Pérez Álvarez, eds. *Vigencia de la obra de skinner* (pp. 29-60). Granada: Publicaciones de la Univesidad de Granada.
15. Fuentes, J. B y Quiroga, E. (2004). Los dos principios irrenunciabiles del análisis funcional de la conducta y del conductismo radical. *Psicothema*, Vol 16, N.º 4, 555-562.
16. Pérez Álvarez, Marino (2003). *Las cuatro causas de los trastornos psicológicos*. Madrid: Universitas.
17. Fernández Blanco J., Cañamares JM y Otero V (1997). Evaluación funcional y planificación de la intervención en rehabilitación psicosocial. En *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide, pp. 103-123.
18. Mayor, J. y Labrador, F. (1986). *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alambra Universidad.
19. Kazdín, A. (1983). *Historia de la modificación de conducta*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
20. Galindo, E. (1984). *Modificación de conducta en la educación especial*. México: Trillas.
21. Kazdín, A. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
22. Martín, G. y Pear, J. (1998). *Modificación de conducta*. Madrid: Prentice may.
23. Liberman, R. (1978). *Iniciación al análisis y terapéutica de la conducta*. Barcelona: Fontanella.



# Capítulo 3. El Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR), su evaluación y reformulación

Juan Fernández Blanco

## 1. Introducción

En el ámbito de la salud mental, históricamente, no existe una tradición de valorar la necesidad inexcusable de programar las intervenciones. Parece como si la importancia de idear y ordenar las praxis profesionales se subestimase.

La rehabilitación psicosocial no ha de incorporar a su acervo tal rémora. Ha de tener claro que es muy apurado intervenir sin programar y que programar, supone renunciar expresamente a la aplicación de técnicas de intervención ajenas a las conclusiones y resultados obtenidos evaluando. Cuando se quiere trabajar en rehabilitación con rigor metodológico, ni siquiera es aceptable considerar secundaria y eludible la planificación. Hacerlo es tanto como fiar los resultados del trabajo a la dinámica ensayo-error. No conviene por ello olvidar que los PIR se elaboran para aplicarlos.

Una vez realizada la programación del proceso rehabilitador, ha de consultarse una y otra vez por todos los miembros del equipo. Ha de procederse así puesto que en ella se ha planificado la rehabilitación individualizada del usuario y por ende, al menos, se ha bosquejado el trabajo en equipo. De nada sirve hacer el PIR y archivarlo como mera declaración de principios hecha antes de iniciar la intervención planificada.

Si se busca maximizar resultados minimizando equívocos, conviene elaborar una guía en la que queden planeadas las intervenciones rehabilitadoras. Un plan que tome como punto de partida la conveniente estimación de las carencias y las competencias de la persona, y su fin sea ofrecer soluciones a esas carencias detectadas apoyándose en las competencias constatadas. Los PIR deberán servir a tal fin.

## 2. Definición de Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR)

Se plantean dos definiciones. Una definición a la que se le va llamar narrativa y una definición a la que se le va a llamar descriptiva.

### 1. Definición narrativa

De acuerdo a esta definición, el PIR consiste en la articulación ordenada y sistemática del total del proceso a seguir con el rehabilitando. Es una programación ajustada a sistema o método. Tiene como preliminar la evaluación que lo justifica y en la que se fundamenta. No ha de caber duda de que

sólo es posible elaborarlo si previamente se ha evaluado. Sin los datos, las conclusiones y las hipótesis explicativas inferidas de la evaluación inicial, no tendría sentido establecer con fundamento y acierto los apartados que lo componen.

*La definición narrativa* comenta el significado genérico de los PIR sin hacer mención a las partes que los componen. Es una aclaración que trata de alumbrar los predicados esenciales del objeto definido. Desde ella se expone explicativamente el alcance teórico de la definición como conocimiento detallado del hecho en sí (en cuanto que totalidad) de programar.

Narrativamente, podríamos definirlo como la programación del trabajo rehabilitador resultante del proceso de evaluación, en el que se han identificado las habilidades y limitaciones de una persona a la hora de vivir integrada con normalidad y autonomía en su comunidad de referencia.

Antes de adentrarnos en la definición descriptiva de PIR, aventuremos otro modo de definirlo narrativamente. Un PIR no es otra cosa que una propuesta marco que guía la toma de decisiones. En la manifestación explícita de esa idea o proposición (propuesta marco), va implícita la posibilidad de saber en cada momento qué hacer y poder en cada momento, razonar el por qué de lo que se hace. Supone la preparación por anticipado de las líneas maestras a seguir por quienes van a estar llamados a traducir dicha programación en praxis rehabilitadoras concretas. Por eso la idea de prolepsis\* fija con exactitud la naturaleza de su significación. El PIR no puede dejar de ser proléptico desde el momento en que su naturaleza esencial tiene que ver con la planificación anticipada de una acción. Es en suma una herramienta básica para el tratamiento rehabilitador. Permite estructurar la información obtenida en la evaluación en una propuesta operativa y programada de trabajo.

### 2. Definición descriptiva

*La definición descriptiva* se refiere a la delineación capaz de representar de un modo cabal los componentes estructurales del PIR. Esta definición ha de detallar las distintas partes a través de las que se organiza la planificación del trabajo en rehabilitación. De acuerdo a esta definición, el PIR consiste en un diseño particularizado (centrado en el individuo y su idiosincrasia) de la intervención rehabilitadora. En él han de definirse objetivos y proponerse formas de intervención ajustados, unos y otras, a un patrón de sistematicidad, secuencialidad estructural, dinamismo y flexibilidad.

Un PIR es por tanto, una programación metódica del trabajo, centrada básicamente en la ordenación reglada de objetivos a conseguir, de formatos desde los que intervenir

\* Prolepsis: f. Fil. conocimiento anticipado de algo (RAE).



(individual y/o grupalmente) y de estrategias psicosociales de intervención diseñadas para conseguir los objetivos planteados. En la formulación concreta y relevante de los objetivos a alcanzar en las diferentes áreas vitales, y en la articulación del tipo de estrategias y técnicas a desarrollar para conseguirlos, se configura el proceso de intervención.

Recoger y evaluar convenientemente toda la información precisa y pertinente sobre la problemática, permite, como ya se ha dicho, formular con justificación epistemológica un PIR. Plan que no deja de ser un contrato consensuado con el usuario y su familia, en el que han de quedar debidamente explicitadas las metas a lograr y los medios que han de ser utilizados para lograrlas. Esto obliga a que en su formulación conste tácitamente qué habilidades, que impacten directa y positivamente en su vida, ha de aprender el usuario y cómo aprenderlas; qué habilidades de las que posee ha de utilizar contextualizadamente y cómo utilizarlas; qué apoyos y soportes del medio social habrá de rentabilizar y cómo rentabilizarlos; qué demandas y exigencias medioambientales ha de afrontar y cómo afrontarlas. La definición que sobre programación da Eva Muñiz<sup>1</sup> es otro ejemplo de lo que aquí se ha llamado definición descriptiva:

*«La programación permite reflexionar sobre la información obtenida, organizarla en forma de objetivos de intervención, diseñar la metodología para alcanzarlos y crear criterios para valorar su eficacia».*

Cuando así se hace, el PIR no sólo responde al interés y necesidades del caso concreto que se ha evaluado, sino que la estructura que lo configura permite incorporar los cambios y las rectificaciones dictadas por el propio devenir del proceso rehabilitador.

### 3. El concepto de Área vital

No solo el PIR, sino también la evaluación y la intervención se organizan y nuclean alrededor del significado de área vital. La importancia de este término la pone de manifiesto el uso reiterado que de él se hace en la literatura sobre rehabilitación psicosocial. También las praxis profesionales, redundan en su importancia.

Si nos fijamos con atención, el contenido significativo de una o de varias áreas vitales no es otra cosa que la materialización de un vivir normalizado. Lograr que el usuario actúe en el teatro de la vida, es materializar el constructo área vital. Cuando el vivir el día a día es un (con)vivir social, el vocablo área vital deja de ser una acepción teórica para convertirse en una realidad. Si y sólo si esto ocurre es pertinente y tiene sentido hablar de áreas vitales. Cuando la persona se mantiene totalmente aislada de los escenarios de referencia que lo homologan a sus congéneres, el día a día es un sin-vivir (comunitario) y el constructo área vital no puede dejar de ser un constructo. En este supuesto, su único sentido es reflexivo (desde la idea de área vital, a la idea de área vital) que no simétrico (desde la idea de área vital al hacer cotidiano sociocomunitario, y desde el hacer cotidiano sociocomunitario a la idea de área vital).

Por áreas vitales se entienden los ámbitos funcionales en los que la persona se desenvuelve y opera para lograr su adaptación psicosocial normalizada<sup>2</sup>. Cada ámbito funcio-

nal ha de cumplir la obligada condición de ser determinante, aunque no imprescindible, para la integración autónoma de la persona en la comunidad.

Se dice que ha de ser determinante para la integración comunitaria, al demarcar los escenarios en los que el sujeto ha de actuar de modo normalizado y adaptativo. Por ejemplo, todos los contextos sionormativos que tienen que ver con la posibilidad de llegar a ser solvente económicamente (área de autonomía económica). O todo lo que tiene que ver con la multiplicidad de interacciones interpersonales para el disfrute y la estructuración del tiempo libre (área de social y de ocupación del tiempo libre).

Sin embargo, los ámbitos funcionales no son imprescindibles. No lo son desde el momento en que la persona puede vivir de forma adaptada, integrada y autónoma en su comunidad de referencia sin necesidad de presentar un desenvolvimiento operatorio adecuado en una o varias áreas vitales. Éste puede ser el caso de una persona que teniendo un funcionamiento apropiado en el resto de áreas vitales no lo tiene en el área de autonomía doméstica ni en el área de convivencia, relaciones familiares y de pareja.

Clarificado el constructo área vital, se va hacer una propuesta de 6 tipos distintos de áreas vitales. Lo que se busca con esta propuesta es rentabilizar eficazmente aspectos teóricos y metodológicos de la rehabilitación psicosocial en general y de la evaluación en rehabilitación en particular. Esa búsqueda no ofusca el entendimiento. Por eso se reconoce una cierta aleatoriedad en lo que se va a proponer. Lo que se está queriendo decir es que las áreas a presentar podrían ser otras o nominarse de modo distinto. Pero igual que se reconoce esto, también hay que decir que ninguna de las dos cosas es trascendente ni esencial. En lo que se resuelven es en una cuestión meramente denominativa y cuantitativa.

Las 6 áreas que se someten a consideración son:

1. Área de autonomía económica.
1. Área social y de ocupación del tiempo libre.
3. Área de convivencia, relaciones familiares y de pareja.
4. Área de autonomía doméstica.
5. Área de autonomía en el entorno comunitario.
6. Área de salud.

En la disertación sobre los contenidos de cada área vital se pondrá de manifiesto su sentido y significación. Desde la comprensión del constructo (desde sus contenidos), se entreverá su alcance teórico y práctico. Los contenidos que se van a reseñar no responden a conveniencia ni son fruto del arbitrio. Se traen a colación por delatar la dimensión factual del problema de la rehabilitación.

1. Área de autonomía económica. Los contenidos implícitos a esta área tienen que ver con la solvencia económica necesaria para vivir con autonomía. Da lo mismo que la fuente de ingresos provenga de una pensión, de una ayuda o de una nómina. Por tanto este área ha de abarcar todo lo relacionado con la integración en el mundo laboral (formación, capacitación laboral, búsqueda de empleo, incorporación y mantenimiento adaptado en el trabajo, etc.).

2. Área social y de ocupación del tiempo libre. Los contenidos implícitos a esta área tienen que ver con la cantidad y calidad de las relaciones sociales; también con las actividades que las personas realizan en su tiempo libre. Se incluyen conductas de comunicación (conversación, hablar por teléfono, «chatear», etc.), conductas asertivas, actividades de ocio, tanto si se realizan en compañía de otras personas como si no, la red social, etc.
3. Área de convivencia, relaciones familiares y de pareja. Los contenidos implícitos a esta área tienen que ver con la vida en pareja, las relaciones entre las personas que conviven en la misma casa y las que se establecen con familiares significativos. Se incluyen conductas que tienen que ver con: emoción expresada, «estilo de interacción» en la familia, relaciones de apoyo y confidencialidad, etc.
4. Área de autonomía doméstica. Los contenidos implícitos a esta área tienen que ver con las habilidades, destrezas y competencias para desempeñar normalmente tareas de mantenimiento de la casa (arreglos, pago de recibos, reformas etc.), tareas domésticas (comida, compra, limpieza, ropa, etc), convivencia integrada en la comunidad de vecinos, etc.
5. Área de salud. Los contenidos implícitos a esta área tienen que ver con la higiene, el aseo personal, el vestido, el sueño, la alimentación, el consumo de tóxicos, las actividades deportivas, la medicación, las conductas de riesgo psiquiátrico, las conductas de prevención de crisis, la presencia de síntomas, las capacidades básicas y cognitivas, etc.
6. Área de autonomía en el entorno comunitario. Los contenidos implícitos a esta área tienen que ver con las capacidades y competencias para desenvolverse de forma integrada en el entorno comunitario. Se incluye el uso de transportes, la realización de trámites burocráticos, la utilización de recursos (sanitarios, formativos, de ocio, etc.).

La comensurabilidad de los contenidos referidos conforma la columna vertebral de la rehabilitación. La evidencia la encontramos al tomar conciencia de que su materialización es ni más ni menos que la puesta en escena de aquellos repertorios conductuales necesarios para vivir en sociedad. La categorización de los contenidos vitales organizados, agiliza la pragmática desde la que galvanizar la recuperación de los repertorios conductuales que expresan la realización empírica de esos contenidos (trabajar, tener amigos, divertirse, vivir integrado en una familia, hacerse cargo de las obligaciones domésticas, cuidar de uno mismo, afrontar las exigencias del vivir comunitario y rentabilizar sus apoyos y recursos, etc.). La organización de los contenidos en áreas vitales nominalmente distintas, responde a un interés metodológico puesto al servicio del profesional que elabora un PIR. En realidad, los contenidos no son agregaciones aleatorias de repertorios conductuales yuxtapuestos. El que se organicen en áreas vitales no oculta su interrelación lógica. De tal modo que, las inter-

venciones estructuradas y sistemáticas programadas en un área vital repercuten, con alta probabilidad, en las demás.

En el análisis que se ha realizado, queda legitimada la afirmación categórica de que si bien es lícita la posibilidad de proponer otras áreas vitales, no lo es la de proponer otros contenidos. No cabe tal alternativa, desde el momento en que los contenidos vitales son los nodos vertebradores del objeto de la rehabilitación. Su insustituibilidad e inintercambiabilidad es perentoria, al ser fundamento de lo psico-social. Dedúzcase de lo postulado, que para la rehabilitación son contenidos no sólo necesarios, sino suficientes. Siendo así, no cabe proponer contenidos opcionales.

## 4. Partes de un PIR

Cuatro son los elementos o partes mínimas que han de vertebrar una programación para que sea conceptuada como tal:

1. Objetivos,
1. Temporalización,
1. Formatos de intervención-estrategias de intervención
1. Evaluación de objetivos.

### 1. Objetivos

#### 1.1. Idea genérica de objetivo

Comenzaremos abordando la idea genérica de objetivo y utilizando ejemplos que la ilustren, para pasar después a someter a consideración del lector una propuesta de tipología de objetivos. Un objetivo es el resultado que se pretende alcanzar a través de una intervención diseñada para ese fin. El profesional no ha de hacer otra cosa que poner en marcha una metodología de trabajo para alcanzar esa situación predefinida y hacer que perdure en la vida del usuario.

Ejemplo de objetivo:

*«Tomar de forma autónoma la medicación que le ha sido pauta-  
da».*

El objetivo es el elemento esencial del PIR. Una actividad rehabilitadora sin objetivo de referencia es inconcebible por carente de mira, de pretensión o de finalidad. En una palabra, el hacer y quehacer diario del profesional es una deriva desde el momento en que no queda explícito lo que quiere conseguir (el objetivo).

Si está bien formulado, un objetivo en cuanto que logro loggable (realista) cuya necesidad evidenció la evaluación, explícita, con distinto grado de operatividad, lo que para una persona significa rehabilitarse. Queda entonces así contestada la pregunta que tantas veces se hace, ¿qué quiere decir que una persona se ha rehabilitado? La contestación no sería otra que, el que haya conseguido sus objetivos de rehabilitación. Esto es así, dado que esos objetivos habrán de enunciar los repertorios conductuales y las unidades de conducta que hacen de la persona un ciudadano competente socialmente y capaz de vivir integrado en su comunidad de referencia. Endógena a esta reflexión se ofrece otra definición de objetivo. A saber, un objetivo es aquella declaración de intenciones en la que se expresa for-

mal y apriorísticamente el hecho material o empírico de estar rehabilitado.

Ejemplo de objetivo:

«Emitir conductas que favorezcan la estabilidad psiquiátrica»

Con otra definición de objetivo cerramos este subapartado. Objetivo es toda finalidad a la que se encamina una acción que en su función se concrete. Una meta en la que se expresa lo que esperamos que consiga una persona.

## 1.2. Tipología de objetivos

La propuesta que se va a presentar agrupa todos los objetivos del PIR, en dos tipos de objetivos: objetivos generales y objetivos específicos. Se es consciente de que esta no es la única, ni tal vez la mejor, tipología posible. La razón que asiste a la decisión de distinguir dos tipos de objetivos tiene que ver con:

- Simplificar la programación del trabajo rehabilitador.
- En relación con lo anterior, hacer una programación operativa. Programación que permita la toma guiada de decisiones desde la evaluación inicial (primera aproximación a la problemática) sin tener que esperar para hacerlo, a la evaluación continua (profundización rigurosa, analítico-funcional, en la problemática).

### 1.2.1. Objetivos generales

Para que un objetivo programado pueda ser presentado como general, ha de sujetarse a las siguientes condiciones:

a) Atenerse a la idea genérica de objetivo. Es decir, su redacción ha de aludir a un resultado que se pretenda alcanzar; ha de enunciar una finalidad a la que se encamina una acción; ha de expresar una declaración de intenciones, una meta como logro logvable. Ejemplo:

«Aprender conductas de prevención de crisis».

La redacción de este objetivo general proclama un resultado, una finalidad, una meta.

b) Tener más que ver con lo ideal o final, que con lo real o intermedio. Su expresión se referirá a un propósito como modelo ejemplar al que tender o aspirar. No es el factum acometible ya y ahora, es el todo arquetípico que engloba con sentido unitario las partes (factibles) que se pueden materializar (los objetivos específicos). Ejemplo:

«Mejorar conductas de salud».

Este objetivo general refiere una finalidad prototípica. No concreta una aspiración realmente acometible como si lo harían los objetivos específicos. Es un modelo ejemplar (ideal) de un tipo de repertorios conductuales conformados por unidades de conducta.

ser vago e inespecífico. Como totalidad abstraída de sus partes constitutivas que lo especifican (objetivos específicos), deberá de ser ambiguo. Si fuese preciso adulteraría su naturaleza y dejaría de ser un objetivo general. Ejemplo:

«Aprender a desenvolverse autónomamente en su entorno comunitario».

Este objetivo general no señala explícitamente las cualidades que le darían un sentido preciso. Así, puede ser

entendido de varios modos o, dada su generalidad, admitir distintas interpretaciones. Luego entonces, su naturaleza queda preservada en la incertidumbre que abre su indetallado empeño.

c) El contenido que expresan, tendrá que ver con las áreas vitales de la persona. Habrán necesariamente de referirse a los ámbitos comunitarios a los que los seres humanos se adaptan a través de una dialéctica de funcionalidad operatoria. Ejemplo:

«Favorecer habilidades que faciliten su socialización».

Este objetivo general, tiene que ver con el área social y de ocupación del tiempo libre. Remite a contextos comunitarios en los que la persona despliega habilidades para (inter)actuar con los demás.

d) Proponer metas muy ambiciosas. Sólo si la meta es ambiciosa podrán realmente sus contenidos tener que ver con áreas vitales como constructos que por razones metodológicas sirven para organizar repertorios conductuales con un denominador psicosocial común. Ejemplo:

«Aprender a convivir en familia de modo integrado y desproblematizado».

Este objetivo general, no cabe duda que proclama una meta claramente ambiciosa. Los significados que contiene quedan enmarcados en el área vital convivencia, relaciones familiares y de pareja.

e) Orientan la definición de metas más concretas. La formulación de objetivos específicos tendrá como referente los objetivos generales. Los objetivos específicos, siendo entre sí distintos, tiene en común el todo (objetivo general) en el que se resuelven y que los informa. Ejemplo:

«Mejorar en conductas de autocuidado y hábitos saludables».

Este objetivo general permite definir objetivos más específicos cuyo enunciado tenga que ver con los autocuidados y los hábitos saludables. Sirvan estos dos objetivos específicos para ejemplificar lo que se ha dicho:

«Cambiar de ropa interior al menos dos veces por semana»

«Acostarse, como norma, no después de las 12:30 h. y levantarse, como norma, no después de las 10:30 h.»

f) Su evaluación sólo puede realizarse a través de los objetivos específicos. No puede ser de otro modo en tanto en cuanto lo inespecífico, lo genérico, lo vago, lo amplio, es per sé inevaluable. Evaluar significa acotar para estimar, controlar para apreciar, valorar para discernir. Cómo proceder para acotar lo genérico, cómo controlar lo vago, cómo valorar sin poder trascender lo inespecífico. Ejemplo:

«Aprender conductas normalizadas y adaptativas».

Este objetivo al ser tan genérico, sin más especificación, es imposible saber si se cumple o no se cumple. Es inevaluable.

### 1.2.2. Objetivos específicos

Para que un objetivo programado pueda ser presentado como específico, ha de sujetarse a las siguientes condiciones:

a) Atenerse a la idea genérica de objetivo: ha de aludir a un resultado, ha de enunciar una finalidad, ha de



expresar una declaración de intenciones, ha de proponer una meta. Ejemplo:

«Acostarse, como norma, no después de las 12:30 h. y levantarse, como norma, no después de las 10:30 h.»

Este objetivo específico proclama un resultado, una finalidad, una meta.

b) Tener más que ver con lo real o material que con lo final o ideal. Su expresión se referirá a un propósito como (co)presencia alcanzable, agible. No es el todo arquetípico (objetivo general) que engloba con sentido unitario las partes (factibles) que se pueden materializar. Es el factum acometible ya y ahora (objetivo específico). Ejemplo:

«Regular el horario para comer».

Este objetivo específico tiene que ver con un propósito real, material, no ideal o final como es el caso del objetivo general «Mejorar sus conductas de autocuidados y hábitos saludables». «Regular el horario para comer» es un propósito acometible y alcanzable ya y ahora

c) Ser una parte formal del objetivo general. La distinción que Gustavo Bueno<sup>3,4</sup> hace entre partes materiales y partes formales de una totalidad, brinda la suficiente potencia explicativa como para acogerse a ella. El objetivo específico habrá de ser parte formal del objetivo general en tanto en cuanto conserva o presupone la forma de ese todo (objetivo general) al que pertenece. La meta que enuncia el objetivo general ha de verse realizada, (pre)supuesta, en cada uno de sus objetivos específicos. Eventualidad esta que no ocurre porque el objetivo específico se asemeje necesariamente al objetivo general. Eventualidad que ocurre porque el objetivo específico está determinado por el objetivo general al que a su vez determina. Ejemplo:

«Cambiar de ropa interior al menos dos veces por semana».

Este objetivo específico (como parte), presupone la forma del objetivo general «Mejorar sus conductas de autocuidados y hábitos saludables» (como todo) al que pertenece. Cambiar de ropa interior es una unidad de conducta del repertorio conductual autocuidados. Por eso éste determina a aquella, a la vez que aquella determina a éste. Conductas de autocuidados no es nada si no se precisa en unidades de conducta del tipo cambiarse de ropa interior, a la vez que cambiarse de ropa interior no es otra cosa que una conducta de autocuidados

ser preciso y concreto. Como parte constitutiva de una totalidad (objetivo general) ha de mostrar la tarea (concreta, precisa) implícita a ella. No presentará un propósito ambiguo y vago adulterante de su naturaleza (específica), sí destrezas (conductas operantes) como parte (objetivo específico) de una totalidad distributiva (objetivo general concretado en distintos objetivos específicos que tienen en común formar parte de ese todo, Objetivo general, pero mostrándose entre si independientes)\*\* Ejemplo:

«Cambiar de ropa al menos cuando se ducha».

Este objetivo específico, muestra una de las tareas implícitas (uno de los objetivos específicos) al objetivo general de «Mejorar sus conductas de autocuidados y hábitos saludables». La destreza que plantea como meta, no es ambigua y si de naturaleza específica.

d) Supone una limitación o determinación precisa de los objetivos generales a los que, de algún modo, necesariamente tienen que estar sujetos. Su formulación tendrá como referente el objetivo general al que aluden al sustanciarse, y en el que se resuelven. Ejemplo:

«Afeitarse correctamente como mínimo tres días por semana».

Este objetivo específico, alude al objetivo general «Mejorar sus conductas de autocuidados y hábitos saludables» precisándolo (especificándolo)

e) Ha de formularse en términos de conducta, en términos observables. Lo que declaran será lo suficientemente concreto como para delimitar con nitidez una intención precisa. Ejemplo:

«Lavarse los dientes al menos una vez al día preferentemente por la noche».

La aspiración de este objetivo específico es indudablemente observable. Trata sobre un comportamiento que precisa con concreción una intencionalidad palmaria

f) Al ser observable aquello que manifiestan en términos de conducta, puede y debe ser directamente evaluable. Al demarcar con nitidez una intención precisa, se puede valorar si ha pasado o no de intención a hecho contrastable y verificable objetivamente. Ejemplo:

«Ducharse dos veces por semana sin necesitar instigación».

Si el usuario hace lo que le pide el objetivo específico que se le ha propuesto, es empíricamente contrastable en el día a día. Verificación posible porque la conducta diana puede ser fácilmente observada al señalar sin ambages un hecho.

Tras haber abordado y ejemplificado por separado la caracterización de ambos tipos de objetivos, sólo queda poner el epílogo. Aprehender la tipología propuesta, pasa por darse cuenta de que el objetivo general es un todo compuesto de partes concatenadas (objetivos específicos). El todo (objetivo general), siendo más que la suma o concatenación de sus partes (objetivos específicos), carece de sentido real al margen de ellas. El todo abstraído de las partes, vendría a ser un significante sin significado.

Siguiendo una lógica de complementariedad, se diría ahora que el objetivo específico es una de las partes que contribuyen a la articulación del todo (objetivo general). Cada una de esas partes, ha de aludir necesariamente al todo en el que se resuelven y al que contribuyen. Un ejemplo ayudará sin duda, a la mejor intelección de lo expuesto:

### Objetivo general

«Favorecer comportamientos saludables»

### Objetivos específicos

«No consumir ni alcohol ni cannabis»

«Regular hábitos de sueño (horario normalizado)»

«Hacer diariamente un desayuno, una comida y una cena a las horas que acostumbre hacerlo la familia»

«Ducharse un día si y otro no sin necesitar instigación para hacerlo»

\*\* Para una mejor comprensión de lo que es una totalidad distributiva consultar, en G Bueno<sup>9</sup>, el glosario de «El sentido de la vida», la entrada: Totalidades atributivas/Totalidades distributivas.

«Cambiar de ropa interior al menos cuando se ducha y de ropa exterior al menos dos veces por semana sin que tengan que decirselo»

### 1.3. Características de los objetivos

Cualquier objetivo que se formule, independientemente de que sea general o específico, para considerar que está bien formulado habrá de sujetarse a las siguientes características:

- No serán definitivos: los objetivos podrán ser enmendados o desestimados, en función de la evolución psicosocial de la persona sometida a un proceso rehabilitador.
- Serán realistas: sólo expresarán a modo de reto aquello que se prevé o hipotetiza que el usuario está o estará en condiciones de hacer o realizar (el logro loggable). Deben de estar ajustados a la práctica factual o potencial del usuario y a las condiciones reales en las que esa práctica se materializa o se puede materializar.
- Estarán correctamente redactados para que no se confundan con las intervenciones. Este punto es importante. No hay que perder de vista que una cosa es lo que tiene que lograr hacer el usuario (el objetivo), y otra cosa bien distinta los procedimientos (estrategias de intervención) que van a poner en marcha los profesionales para conseguir que lo logre (camino que va del logro loggable, al logro logrado). A este cometido ayudará el redactar los objetivos utilizando:
  - verbos que indiquen acción en infinitivo. Ejemplo: «Administrar correctamente el dinero».
  - al usuario y no al profesional como sujeto del objetivo.
 Ejemplo correcto: «Conocer la función de los medicamentos».
 Ejemplo incorrecto: «Explicar para que sirve el medicamento que toma».
 El primero es un claro ejemplo de objetivo, ya que se propone al usuario una meta a lograr (el logro). El segundo un claro ejemplo de intervención, ya que se propone lo que ha de hacer el profesional para que el usuario logre la meta propuesta (el modo en que se hará posible que el logro sea logrado)
- Cada enunciado aludirá a un objetivo, ya sea general o específico, y no a varios: no es correcta aquella formulación en la que el enunciado incluya más de un objetivo.
- Serán relevantes para la vida del usuario. Los objetivos formulados definirán logros que de ser logrados, supondrán un impacto positivo en la adaptación de la persona a su entorno.

## 2. Temporalización

Los objetivos programados no se tratarán de alcanzar según albedrío del profesional. Ha de existir un criterio razonado que ayude a tomar esa decisión. Este apartado tratará de aportar algunas claves desde las que ofrecer indicadores del momento propicio para abordar cada objetivo del PIR.

Temporalizar ha de ser entendido aquí como priorizar los objetivos con los que se va a trabajar; proponer un rango de anterioridad o preferencia de un objetivo respecto de otro; establecer indicaciones para jerarquizarlos temporalmente.

Como siempre, en las conclusiones de la evaluación se hallan juicios y discernimientos sobrados para acometer la tarea. Empero, no viene mal presentar cuatro criterios que, cruzándolos, amparen al profesional en el menester de priorizar ordenadamente los objetivos.

- a) Criterio de la urgencia del cambio. Hay objetivos cuya ejecución apremia. La necesidad de conseguir con prontitud el objetivo nace del impacto que previsiblemente tendrá en la vida de la persona (refuerza o estimula la normalización y extingue o impide la disruptividad).
- b) Criterio de la motivación. Se ha de contar con el mayor o menor interés del usuario en conseguir uno u otro objetivo. La disposición ante cada una de las metas formuladas en el PIR seguro que no será la misma. No se puede ignorar el grado de determinación que tenga para colaborar activamente con las estrategias de intervención que el profesional diseñe.
- c) Criterio de la facilidad. Conviene intentar primero los objetivos presuntamente muy viables. Elegir el propósito más sencillo o menos dificultoso de alcanzar, reporta beneficios. Por ejemplo, discrimina en el usuario, a raíz de lo conseguido, la percepción de ser capaz, lo que estimula la disposición óptima para asumir nuevos retos. También reporta la pronta consecución de refuerzos positivos. No se olvide que proceder de lo más simple a lo más complejo, de lo fácil a lo difícil, suele ser una regla de oro.
- d) Criterio de la concurrencia con otros objetivos. No es extraño observar que los logros obtenidos con la consecución de un objetivo favorecen, facilitan y promueven alcanzar otros objetivos. Esto se pone nítidamente de manifiesto en el caso de intervenciones en conductas asociadas a otras. Véase el caso en el que conseguido el objetivo de reducir la ansiedad social, cuesta menos conseguir el objetivo de iniciar conversación. Incluso, y sin que sea extraordinario, puede ocurrir que tras conseguir un objetivo se alcance otro sin poner en marcha una estrategia de intervención definida para él.

## 3. Formatos de intervención y estrategias de intervención

Todo PIR ha de seguir una secuencia ordenada y cabal de estadillos. Primero, formular con corrección los objetivos generales y específicos. Segundo, establecer con precisión criterios de prioridad para tratar de conseguir los objetivos específicos. Tercero, diseñar, con rigor metodológico y fundamento epistemológico, los procedimientos para conseguirlos y los contextos de intervención útiles a tal fin. Cuarto, evaluar con la mayor objetividad posible, si se han alcanzado las metas asociadas a los objetivos de intervención. Acometidos los dos primeros estadillos, es el turno del tercero.

Los procesos a seguir para conseguir los objetivos, no serán otra cosa que estrategias de intervención capaces de



producir los cambios esperados para alcanzar el fin predefinido. O lo que es lo mismo, actividades de rehabilitación previstas para cumplir los objetivos del PIR.

Cualquier estrategia de intervención ha de seguir un procedimiento estructurado y sistemático cuya finalidad es alcanzar un resultado previamente concertado. La estructuración sistemática de tal procedimiento, pasa por interrelacionar acciones psicológicas y sociales encaminadas hacia una finalidad concreta.

Las intervenciones rehabilitadoras, casi podríamos decir que como norma, se arman desde una ósmosis de reglas de modificación de conducta que tratan de asegurar, en cada momento, la decisión óptima conducente a probabilizar un cambio conductual (aprendizaje, modificación, o extinción de una conducta).

Las estrategias de intervención se aplicarán utilizando diferentes técnicas, tanto con el usuario como con la familia, desde un criterio de actuación integral. Se irán combinando y organizando específicamente de acuerdo a las características y necesidades de cada usuario a través de la pauta que dictan las conclusiones de la evaluación. En la medida de lo posible se llevarán a cabo en los diferentes contextos reales de la vida cotidiana y comunitaria del usuario.

Estas estrategias de intervención fundamentalmente tendrán que ver con: psicoeducación, entrenamiento y recuperación de habilidades y capacidades, orientación y asesoramiento, apoyo social, entrenamiento en habilidades de comunicación, manejo y solución de problemas, apoyo comunitario, promoción del uso de recursos normalizados, impulso de las redes de apoyo social.

Los procedimientos, las estrategias y las técnicas implementadas para conseguir los objetivos propuestos han de enmarcarse en lo que se llamaría formatos de intervención. De ellos se puede decir que son el crisol que moldea en condiciones óptimas una o varias estrategias de intervención; la escala a la que se recorta el trabajo profesional; el contexto desde el que regular de forma estructurada y sistemática las praxis rehabilitadoras (orientaciones, informaciones, asesoramientos, consejos, instrucciones, prescripciones, entrenamientos).

En lo básico, dos serían los formatos de intervención: formato individual y formato grupal. El formato grupal supone la condición óptima para dar forma a intervenciones que van a ser más eficaces y rentables si se llevan a cabo con varias personas a la vez. El grupo, es en muchas ocasiones el canon desde el que mejor puede regularse el dar instrucciones, el ofrecer información, el aplicar prescripciones y el someter a entrenamientos.

El formato individual propicia el contexto formal fetén desde el que poner en marcha acciones pro-rehabilitadoras cuya índole pide endógenamente el intercambio entre un profesional y un usuario o la familia. Desde este formato han de tratarse asuntos que atañen a lo personal, situaciones particulares que no pueden, no deben o no interesa, desde una perspectiva rehabilitadora, poner en común.

#### 4. Evaluación

No tiene sentido extenderse en este punto a sabiendas de que en otros apartados se ha expuesto claramente, o al menos se ha hecho alusión al procedimiento o procedi-

mientos a seguir para fallar sobre si se han conseguido o no, los objetivos enunciados en el PIR.

Antes de seguir, volver a insistir, a modo de recordatorio, en que el PIR no se agota en su formulación primera (resultado de la evaluación inicial). PIR también es, como no, todas las revisiones posteriores (resultado de la evaluación continua) que periódicamente hay que ir haciendo mientras esté vigente.

Si el trabajo rehabilitador (las estrategias de intervención) se organiza en función de propósitos claramente establecidos (objetivos), se ha de disponer de un sistema que permita valorar si tales propósitos se han logrado. Aquí se van a someter a consideración del lector algunos criterios para poder evaluar si se han conseguido las metas propuestas. No es que sean los únicos, ni los más acertados, ni los más objetivos. Son unos criterios, entre otros posibles, que, por su sencillez y grafismo, pueden ayudar al cometido evaluador.

Para evaluar la meta propuesta, se pueden emplear las siguientes calificaciones:

- a) Objetivo conseguido, cuando el usuario ejecuta la conducta tal y como ha sido enunciada en el objetivo.
- b) Se dirá que un objetivo ha sido parcialmente conseguido, cuando el usuario ejecuta la conducta pero no tal y como ha sido enunciada en el objetivo. Por ejemplo con una frecuencia menor a la requerida, o con instigación cuando se buscaba que lo hiciera con autonomía, o en un contexto si y en otros no cuando se pretendía su generalización, etc.
- c) Se dirá que un objetivo no ha sido conseguido, cuando el usuario no emite la conducta enunciada en el objetivo.

Procede ahora aclarar el modo a seguir para llegar a evaluar los objetivos con una de esas tres calificaciones. La combinación de un método cuantitativo con un método cualitativo puede ser una opción.

La valoración cuantitativa se hará utilizando los registros de línea base y los registros post-intervención que se tomarán con una periodicidad predeterminada. Recuérdese que con estos registros pueden evaluarse parámetros como frecuencia e intensidad de una conducta.

La valoración cualitativa consiste en las apreciaciones que el profesional realiza sobre los objetivos que propuso. Apreciaciones que surgen de las observaciones que hace de la conducta del usuario, de las entrevistas al usuario y a la familia, del análisis de los datos obtenidos en los registros, de las consideraciones que puedan aportar otros profesionales, etc.

Tanto para la valoración cuantitativa como para la cualitativa pueden utilizarse escalas y cuestionarios. En las referencias bibliográficas <sup>5,6,7,8,9</sup> se encuentran algunos ejemplos de escalas y cuestionarios que se pueden utilizar.

Con lo dicho se cierran las explicaciones y análisis de las cuatro partes o elementos que vertebran un PIR. En el ANEXO 1 puede verse un ejemplo paradigmático de PIR. Contiene la secuencia ordenada de los cuatro estadillos que lo conforman. Sólo hay una salvedad que hacer. Para ilustrar mejor lo explicado respecto a las estrategias de intervención, se mencionan a priori las que deberían aparecer en posteriores revisiones de la primera formulación del PIR. Recuérdese

que el PIR se redacta tras la evaluación inicial. Al ser esta una evaluación (conductual) de repertorios conductuales (habilidades, capacidades) organizados en áreas vitales, sólo pueden exponerse estrategias de intervención genéricas y los formatos desde los que se va a intervenir. Será en función de los resultados obtenidos en la evaluación continua (análisis funcional de las unidades de conducta de cada uno de los repertorios conductuales), cuando se puedan detallar estrategias de intervención más precisas (fundamentalmente técnicas y procedimientos de modificación de conducta).

## 5. Características del PIR

En ocho puntos se van a resumir las cualidades que distinguen a un PIR. Estos rasgos han de estar siempre presentes pues lo caracterizan destacando su condición.

El PIR ha de fundamentarse en la evaluación: la evaluación, en cuanto que proceso multiaxial y sistemático de recogida y análisis de la información, permite proponer con legitimidad la programación de intervenciones individualizadas.

El PIR ha de ser sistemático: deberá ajustarse a sistema o método, o lo que es lo mismo acomodarse a principios que lo organizan y le dan una continuidad como procedimiento de programación.

El PIR ha de organizarse de modo secuencial: sus partes constitutivas han de ordenarse de forma sucesiva guardando entre sí una relación específica (la que se ajusta a la lógica de la programación; la que viene dada por la lógica que va de lo simple a lo complejo, de lo fácil a lo difícil, de lo más urgente a lo menos urgente).

El PIR ha de ser individualizado: responderá a las particularidades concretas de cada caso específico. Ha de ajustarse a la realidad peculiar y única del caso (irrepetible) que se ha evaluado.

El PIR ha de ser dinámico y flexible: de este modo puede admitir las modificaciones y cambios que pauten el devenir de la rehabilitación. El PIR se revisará periódicamente para hacerlo sensible al proceso de evaluación continua. Proceso desde el que se detectan los cambios que se estén produciendo y se llevan a término las rectificaciones convenientes. No olvidemos que la evaluación continua se sustenta en el análisis funcional que ininterrumpidamente se aplicará a las distintas unidades de conducta sobre las que se está interviniendo.

El PIR ha de estar contextualizado: centrado en la persona y en su idiosincrasia; orientado hacia las circunstancias que caracterizan la problemática y las condiciones ambientales que las determinan.

El PIR ha de ser consensuado: se dará a conocer al usuario y la familia para obtener su anuencia. Ha de ser asumido por todos los miembros del equipo. *«Cuando una programación no tiene los objetivos asumidos por todos los que en ella están implicados, no existe como programación de ese grupo» Alfaro, 1990<sup>10</sup>.*

El PIR ha de estar abierto a los objetivos y sugerencias del usuario y la familia.

## 6. Ventajas de elaborar un PIR

Son muchas las ventajas derivadas de trabajar a partir de intervenciones debidamente planificadas. A continuación se van a destacar las más importantes y sobresalientes.

1. Cuando toda la intervención rehabilitadora se ha programado individualmente, es más fácil soslayar evaluaciones subjetivas (valoración de la intervención en función de las impresiones del profesional) a las que obligaría el no haber formulados objetivos hacia los que encaminar las praxis profesionales.
2. Tener como referencia un plan individualizado aproxima evaluaciones objetivas de las praxis rehabilitadoras (evaluaciones por objetivos, evaluaciones por comparación del resultado obtenido tras la intervención con la línea base). Cuando se ha tomado una línea base, cuando se han formulado objetivos operativos, se tienen parámetros para valorar el impacto de una intervención. Cuando tenemos registros de cada una de las situaciones que componen las distintas áreas vitales de la persona; cuando se han formulado con precisión y pertinencia las metas concretas, en términos de unidades de conducta, que la persona ha de conseguir, tenemos los referentes necesarios de cotejo empírico (lo que hace versus lo que no hacía / lo que hace versus lo que hacía) del efecto provocado por las estrategias y técnicas de intervención aplicadas.
3. Programar individualmente las intervenciones rehabilitadoras favorece la toma de decisiones. Saber, antes de iniciar la intervención, qué hacer, el momento en que ha de hacerse y cómo hacerlo es una ventaja indesdeñable por extremadamente útil.
4. Planificar individualizadamente la rehabilitación psicosocial facilita que puedan intervenir en la misma línea con coherencia y complementariedad, distintos profesionales. La coherencia en la línea de trabajo deviene de los resultados de la evaluación que permiten programar, con fundada legitimidad, las intervenciones rehabilitadoras que han de aplicar cada uno de los profesionales llamados a participar en el proceso de rehabilitación psicosocial. La complementariedad del trabajo realizado por distintos profesionales se hace realidad, desde el momento en que existe una programación de objetivos y formas de intervención que impulsa la integración sinérgica de las praxis de cada uno de ellos (multidisciplinariedad).
5. Los planes de rehabilitación hacen posible el trabajo en equipo, ya que todas las personas que lo forman tienen una previsión planificada de lo que han de hacer y de cómo hacerlo.
6. La rehabilitación individualmente planificada, maximiza la futura adaptación del individuo al medio, al someterlo a entrenamientos (procedimientos de aprendizaje y modificación de conducta) programados en función de sus necesidades y ajustados a sus posibilidades.

A modo de conclusión diríamos que los Planes Individualizados de Rehabilitación suponen un conjunto articulado de objetivos y acciones encaminadas a recuperar habilidades perdidas, minimizar las discapacidades consecuencia de la enfermedad y aprender las competencias necesarias para una vida normalizada y autónoma. Tienen siempre como preliminar la evaluación, siendo también ella la que marca sus diferentes estadios y por tanto la que justifica, fundamenta y legitima la programación de objetivos, el diseño de intervenciones y el control de resultados.

## ANEXO 1

### PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN

(Objetivos generales y específicos, formatos de intervención, estrategias de intervención y resultados)

#### OBJETIVO GENERAL

1. «Normalizar la convivencia familiar y las relaciones entre los miembros de la familia.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.1. «Que el usuario pueda permanecer en cualquier lugar de la casa aunque esté su hermana»

Formato de intervención: tutorías de las que se responsabiliza el psicólogo.

Estrategias de intervención: a) no evitar a la hermana. Afrontar la situación aunque le inquiete o se sienta incompetente; b) reestructuración de sentimientos y emociones discriminados cuando ve a la hermana, mediante un tránsito que va del odio a la indiferencia, de la indiferencia a la proximidad, de la proximidad al afecto, de éste al afecto intenso y de ahí al cariño.

Resultados: objetivo conseguido. Puede permanecer en cualquier lugar de la casa aunque esté su hermana. Tras la intervención su presencia le discrimina sentimientos y emociones de indiferencia.

- 1.2. «Que la madre conozca aspectos básicos de la problemática del usuario»

Formatos de intervención: Tutorías de las que se responsabiliza el psicólogo y el programa Escuela de Familias.

Estrategia de intervención: psicoeducación

Resultados: objetivo conseguido.

- 1.3. «Que la madre aprenda a mediar conductas normalizadas y autónomas»

Formatos de intervención: Tutorías de las que se responsabiliza el psicólogo y el programa Escuela de Familias.

Estrategias de intervención: a) psicoeducación; b) entrenar a la madre en manejo de contingencias.

Resultados: objetivo conseguido.

- 1.4. «Controlar conductas violentas hacia objetos y enseres de la casa».

Formato de intervención: Tutorías de las que se responsabiliza el psicólogo.

Estrategias de intervención: a) prevención de respuesta; b) control de estímulos discriminativos (ideas, pensamientos y emociones) mediante terapia de aceptación y compromiso; c) conducta alternativa (ponerse auriculares con música que le tranquiliza) consecuente a la aparición de los estímulos discriminativos.

Resultados: objetivo conseguido.

#### OBJETIVO GENERAL

2. «Adquirir hábitos favorecedores de conductas normalizadas y adaptativas».

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.1. «Tomar la medicación autónomamente».

Formatos de intervención: Tutorías de las que se responsabiliza el psicólogo y programa de autoadministración de la medicación.

Estrategia de intervención: a) psicoeducación

Resultados: objetivo conseguido.

- 2.2. «Controlar conductas autoagresivas»

Formato de intervención: Tutorías de las que se responsabiliza el psicólogo.

Estrategias de intervención: a) prevención de respuesta; b) control de pensamientos discriminativos de respuestas de ira y agresividad mediante terapia de aceptación y compromiso; c) conducta alternativa (ponerse auriculares con música que le tranquiliza) consecuente a la aparición de los estímulos discriminativos.

Resultados: objetivo conseguido.

- 2.3. «Corregir la tendencia a atender selectivamente a sucesos y circunstancias valorados por el usuario como negativos»

Formato de intervención: Tutorías de las que se responsabiliza el psicólogo.

Estrategias de intervención: a) se le manda hacer un registro semanal de sucesos y circunstancias valorados por él como positivos; b) se comentan y se razona el valor cuantitativo y cualitativo del registro; c) cuatro semanas más tarde se le pide que además escriba tres frases positivas con palabras o sentido alusivo a sentimientos y emociones; d) se reflexiona sobre el valor social y personal de los sentimientos y emociones, y se contraponen su conducta escrita a la conducta verbal; e) dos semanas más tarde se le pide que no sólo registre sucesos y circunstancias valorados por él como positivos, sino también los valorados como negativos; f) se comentan y se razona el valor cuantitativo y cualitativo del registro; g) tras las estrategias reseñadas se optó, dados los progresos obtenidos y en función de la reevaluación realizada, por utilizar técnicas de aceptación y compromiso. La estrategia se nucleó en torno a metáforas ideadas ad hoc.

Resultados: objetivo parcialmente conseguido. Se ha reducido la frecuencia y la intensidad de la conducta de atender selectivamente a sucesos y circunstancias valorados por el usuario como negativos. El criterio para considerar el objetivo como conseguido es que la conducta se extinga.

- 2.4. «Ducharse todos los días».

Formato de intervención: Atenciones individuales de las que se responsabiliza una educadora.

Estrategias de intervención: a) se razona la importancia de un aseo suficiente. Se reflexiona conjuntamente a propósito de cual era la pauta que seguía hace unos años y el porqué esa frecuencia disminuyó; b) se pacta con el usuario una frecuencia mínima que deberá ir aumentando progresivamente hasta alcanzar la frecuencia fijada en el objetivo; c) se le instiga para que respete esa frecuencia; d) se refuerza verbalmente el logro.

Resultados: consideramos prematura una valoración del objetivo.

- 2.5. «No acostarse después de la 1:00 ni levantarse después de las 10:00.

Formato de intervención: Atenciones individuales de las que se responsabiliza una educadora.

Estrategias de intervención: a) se razona la importancia de un horario de sueño ajustado a las necesidades cotidianas y al ritmo de vida habitual; b) se pacta con el usuario un horario; c) se le instiga para que respete esa frecuencia; d) se refuerza verbalmente el logro.

Resultados: objetivo parcialmente conseguido. Respetar la hora de levantarse, no la de acostarse.

#### OBJETIVO GENERAL

3. «Aprender a relacionarse socialmente de forma normalizada».

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 3.1. «Normalizar la forma de hablar».

Formatos de intervención: Atenciones individuales de las que se responsabiliza una educadora y Tutorías de las que se responsabiliza el psicólogo.

Estrategias de intervención: a) se establece la línea base a partir de la cual se va a intervenir; b) se le entrena en reconocer las expresiones gestuales que han de acompañar a distintas circunstancias sociales (duda, admiración, sonrisa, enfado, etc.). Se practica a través de modelado, moldeamiento y refuerzo diferencial, la gesticulación pertinente a cada situación. Como recursos materiales se utiliza un espejo y grabaciones en vídeo; c)



con las mismas técnicas (modelado, etc.) se le enseña a utilizar un tono, volumen, entonación y ritmo adecuado y ajustado a lo que está verbalizando. Se utilizan ejercicios específicos de materiales estándar de entrenamiento de estas habilidades y grabaciones en vídeo; d) en cada sesión se revisan las grabaciones. Las ve y valora, conjuntamente con la educadora, los errores cometidos. La educadora le corrige los errores verbalmente. El usuario repite la conducta. Si no se ajusta al criterio de éxito, la educadora le corrige verbalmente y luego modelando. El usuario repite la conducta. Si no se ajusta al criterio de éxito, la educadora le corrige verbalmente y luego combina modelado y moldeamiento. Si aún así no se alcanza el criterio de éxito, se entrena lo errado viendo en el vídeo sólo el trozo correspondiente a lo que no le salió bien. Mientras repite la conducta, tiene que mirar el vídeo a volumen muy bajo. Si aún así no modifica la conducta, la educadora modelará la respuesta exagerándola mucho para hacerla más evidente. Si fuese necesario se grabaría en vídeo el modelado para que el usuario realice la conducta siguiendo la grabación.

**Resultados:** objetivo parcialmente conseguido. Su forma de hablar se aproxima algo más a una forma de hablar normaliza, pero no lo suficiente.

### 3.2. «Mejorar habilidades para iniciar y seguir conversación».

**Formatos de intervención:** Programa de habilidades sociales y Tutorías de las que se responsabiliza el psicólogo.

**Estrategias de intervención:** a) explicación y comentarios sobre las habilidades que ha de mejorar; b) entrenamiento de esas habilidades a partir de situaciones simuladas mediante modelado, moldeamiento, role playing y refuerzo social; c) instigación para que ejercite en contextos reales las habilidades entrenadas; d) se le da una ficha en la que debe ir anotando recursos útiles para interactuar mejor: hablar de temas convencionales, hablar de temas que interesen al interlocutor o de las cosas que hace o a las que se dedica, dar una opinión sobre temas de actualidad, etc. Así mismo se pauta, tomando como criterio la línea base, el número de veces que ha de iniciar una conversación cuando sea pertinente; e) desde tutorías se refuerzan (sobreaprendizaje) las conductas entrenadas en el programa de habilidades sociales.

**Resultados:** objetivo parcialmente conseguido. Para que inicie una conversación ha de ser instigado. Sigue conversaciones sin instigación pero con parquedad.

### 3.3. «Aprender a responder asertivamente (decir no de modo adecuado, empatizar, etc.)».

**Formatos de intervención:** Programa de habilidades sociales y Tutorías de las que se responsabiliza el psicólogo.

**Estrategias de intervención:** a) explicación y comentarios sobre las habilidades que ha de mejorar; b) entrenamiento de esas habilidades a partir de situaciones simuladas mediante modelado, moldeamiento, role playing y refuerzo social; c) instigación para que ejercite en contextos reales las habilidades entrenadas; d) desde tutorías se refuerzan (sobreaprendizaje) las conductas entrenadas en el grupo; e) se le deriva a recursos comunitarios normalizados en los que se vea obligado a emitir la conducta que se le está enseñando.

**Resultados:** objetivo no conseguido. La última estrategia fracasó al abandonar el usuario el recurso al que se había incorporado. Habrá que evaluar qué determinó el abandono.

## OBJETIVO GENERAL

### 4. «Integrarse en el entorno comunitario».

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

#### 4.1. «Salir solo y asiduamente a la calle».

**Formatos de intervención:** Atenciones individuales de las que se responsabiliza una educadora y Tutorías de las que se responsabiliza el psicólogo.

**Estrategias de intervención:** a) se le dan instrucciones a la madre para que cuando el usuario salga, a la vuelta, no le pregunte cómo está, si le fue bien, si tuvo ideas raras, si lo pasó mal, etc.; b) se le enseñan, al usuario, estrategias de control de estímulos que puedan discriminar pensamientos agresivos o que le perturben. Se le explica lo que no debe hacer para así no reforzar ese tipo de pensamientos; c) se utilizan estrategias de reestructuración cognitiva para provocar cambios en sus atribuciones y valoraciones; d) la educadora acuerda con él distintos lugares de la ciudad a los que ir. Le acompaña y progresivamente va desvaneciendo el apoyo.

**Resultados:** objetivo conseguido.

#### 4.2. «Permanecer en, o transitar por, lugares muy concurridos de gente».

**Formatos de intervención:** Atenciones individuales de las que se responsabiliza una educadora y Tutorías de las que se responsabiliza el psicólogo.

**Estrategias de intervención:** a) psicoeducación; b) se pacta con el usuario distintas actividades a realizar en la calle. Se gradúan siguiendo el criterio de lejanía respecto a su casa. Se le da la instrucción de que salga a realizar la actividad que le exija un desplazamiento más corto. Sólo realizará la siguiente cuando realice esta sin dificultad; c) si es preciso, cada vez que inicie una actividad la educadora le acompañará. A la par que el usuario vaya ganando seguridad, la educadora irá desvaneciendo progresivamente el apoyo. d) implosión.

**Resultados:** objetivo no conseguido. El usuario no siguió correctamente las instrucciones. Además, al aplicar la desensibilización sistemática in vivo y la implosión, se observó como en el usuario aparecían con más vehemencia ideas y sensaciones de referencia y perjuicio, lo que obligó a suspender dichas intervenciones.

Reevaluada la conducta que enuncia el objetivo, se decide aplicar una estrategia de implosión aprovechando los desplazamientos que se veía obligado a realizar para asistir a las actividades programadas en el CRPS y su asistencia a un curso formativo laboral. Este cambio en la estrategia de intervención favoreció y facilitó la mejora ostensible de esta habilidad.

#### 4.3. «Ser capaz de hacer cola».

**Formato de intervención:** Tutorías de las que se responsabiliza el psicólogo y grupo de ansiedad.

**Estrategias de intervención:** a) Presentar la hipótesis explicativa tras el análisis funcional y comentarla; b) practicar en casa la técnica de relajación a través de respiración diafragmática unida a ideación de situaciones agradables y tranquilizantes; c) aplicación in vivo de la técnica de relajación progresiva centrada en aquellos músculos que el usuario nota muy tensos; d) «parada de pensamiento» contingentemente a ideación de pérdida de control o de que va a «entrar» en un escalada de ansiedad; e) aprender a no realizar el «rol del espectador»; f) no anticipar mentalmente que va a empeorar, volviendo a situaciones pasadas ya superadas; g) desensibilización por imaginación de situaciones en las que se produce la asociación de estímulos que discrimina ansiedad. Cuando esté imaginando esa situación inducir razonamientos en los que se demuestre la no vinculación entre los estímulos que asocia. El paso siguiente consistirá en repetir el procedimiento mientras mira fotografías o imágenes ansiógenas.

**Resultados:** objetivo conseguido.

#### 4.4. «Realizar actividades de ocio de forma autónoma (solo y en compañía de otras personas)».

**Formato de intervención:** Tutorías de las que se responsabiliza el psicólogo, grupo de HHSS, grupo de actividades grupo de ocio y trabajo social.

**Estrategias de intervención:** a) los entrenamientos a que fue sometido en el grupo de habilidades sociales provocaron una mejora en competencia para interactuar con los demás; b) el grupo de actividades le sirvió para ser más capaz de proponer alternativas a su tiempo libre y llevarlas a la práctica; c) en el grupo de ocio se le enseña cómo puede informarse de dónde hacer actividades de ocio. Se facilita el enganche a otros usuarios del Centro de Rehabilitación. Se les entrena en generar, conjuntamente, alternativas al tiempo libre. Se fomenta la cohesión de grupo y la continuidad. Se supervisa el funcionamiento del grupo y se hace un desvanecimiento progresivo del apoyo. d) desde tutorías se le instigó para que utilizara recursos de ocio y se practicó la técnica de resolución de problemas; e) desde trabajo social se le orienta en recursos de ocio que puede utilizar y se hace el seguimiento de su uso; f) el asistir a las actividades en el Centro de Rehabilitación facilitó que conociera a otras personas con las que estableció relaciones de amistad y con las que realiza actividades de ocio; g) se refuerza socialmente el seguimiento de instrucciones y la realización de tareas asignadas tanto en las intervenciones individuales como en las grupales.

**Resultados:** objetivo conseguido.

## Bibliografía

1. Muñiz, E. (2001). Organización y elaboración de planes individualizados de rehabilitación laboral. En *Rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. Madrid: Consejería de servicios sociales, pp. 65-70.
2. Fernández Blanco, J. y otros (2002). Consideraciones sobre el Plan Individualizado de Rehabilitación de personas con trastornos mentales crónicos. *AMRP*, Año 8, N.º 14, 5-9.
3. Bueno; G. (1995). *¿Qué es la ciencia?* Oviedo: Pentalfa.
4. Bueno; G. (1996). *El sentido de la vida*. Oviedo: Pentalfa.
5. Ribes, E. (1982). *El conductismo: reflexiones críticas*. Barcelona: Fontanella.
6. Cañamares, J. M. y otros (2001). *Esquizofrenia*. Madrid: Síntesis.
7. Fernández Blanco, J. (2002). Evaluación y Plan individualizado de rehabilitación. En *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica*. Madrid: Consejería de servicios sociales, pp. 75-91.
8. Fernández Blanco J., Cañamares JM y Otero V (1997). Evaluación funcional y planificación de la intervención en rehabilitación psicosocial. En *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide, pp. 103-123.
9. Kazdin, A. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
10. Alfaro, M. (1990). Aspectos prácticos del proceso de programación y evaluación. *Documentación social* N.º 81, 65-80.





# Capítulo 4. La Entrevista de Evaluación en Rehabilitación Psicosocial

*Juan González Cases, Francisco González Aguado, Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega*

## 1. Introducción

En este capítulo se hará una descripción de la entrevista en rehabilitación psicosocial. Se abordarán por un lado las características generales y comunes a cualquier entrevista en el ámbito de la salud mental y por tanto aplicable a la de evaluación, y por otro lado, las cuestiones más específicas que tiene la entrevista de evaluación en rehabilitación psicosocial.

La entrevista es parte fundamental del proceso de evaluación y en realidad en todo el trabajo con una persona con trastorno mental grave. Toda la evaluación y posterior intervención se hace a través de este tipo de comunicación dialogado que es la entrevista. La obtención de información, la colaboración entre usuario y entrevistador, la devolución de los objetivos de rehabilitación y todo lo que se nos ocurra sólo lo vamos a ir construyendo a través de un diálogo, de una conversación, con unas características específicas que se relacionan con el trabajo del rehabilitador.

La entrevista es una arte<sup>1</sup>. Tiene aspectos creativos y únicos. Diferentes evaluadores harán diferentes entrevistas, aparece un sistema único que depende de la interacción irrepetible entre el evaluador y el usuario. A diferencia de lo que hace un artesano, la entrevista no se realiza a través de la aplicación correcta de una serie de técnicas para obtener entonces una buena entrevista. Pero que la entrevista tenga características únicas e irrepetibles no significa que las habilidades para llevarla a cabo no sean entrenables. En otros ámbitos del arte, como la pintura o la música, los artistas están durante años practicando técnicas que permiten que el músico transmita o interprete con mayor emoción o intensidad la obra que crea. Es llamativo que en el mundo de la salud en general no se entrene ni se de importancia a estas destrezas de comunicación para mejorar la consecución de nuestros objetivos durante la entrevista. Una enfermera entrena sin descanso cómo poner una vía central, un médico estudia qué tipo de tratamiento es el más eficaz para alguna dolencia, cómo llegar a un diagnóstico preciso, cuándo hacer una radiografía y cómo interpretarla, un psicólogo cómo hacer un análisis funcional, qué aspectos incluye, pero no les entrenan cómo entrevistar a las personas a las que ayudan, cómo escuchar, cómo acercarse, cómo se construye esa relación tan especial, qué errores podemos cometer, cómo se dan malas noticias, cómo manejar los intensos sentimientos que nos producen los usuarios al entrevistarlos y relacionarnos con ellos. Las personas que nos dedicamos de una u otra forma a la evaluación, tratamiento, cuidado o rehabilitación de otras personas deberíamos ser expertos en escucha, en comunicación. Como decía Walter Percy, citado en el libro

de Fernández Liria y Rodríguez Vega<sup>1</sup>, «es extraño que la lingüística u otras ciencias del lenguaje no sean la materia básica en el aprendizaje de estas disciplinas, como lo es la anatomía para un cirujano». Hay otros textos que en los últimos años se dedican específicamente a este campo pero nosotros pensábamos que era indispensable dedicarle al menos unas líneas de este capítulo en un libro sobre la evaluación en rehabilitación.

## 2. La entrevista en Salud Mental

### 2.1. Consideraciones generales

La entrevista es una técnica de uso indispensable en el campo de la intervención psicológica. Cualquier método de evaluación e intervención psicológica está supeditado y mediatizado por la entrevista. La entrevista en este capítulo va a ser entendida, por tanto, como un campo conductual específico y único que es tan susceptible de estudio como el de los usuarios. Los agentes de salud mental estamos formados en fijarnos y concentrarnos en el mundo del usuario pero no lo estamos tanto en fijarnos y concentrarnos en la pareja única resultante de la interacción entre entrevistador y entrevistado que va a hacer más probable el cumplimiento de los objetivos.

La entrevista puede ser entendida como consulta: atención psicológica prestada por un profesional a un cliente para ayudarle en la resolución de un conflicto o problema a través de una relación entre ambos. O como el procedimiento mediante el cual un profesional experto puede recabar datos que le permitan formular una hipótesis del problema del cliente. En este capítulo nos referiremos a esta segunda acepción: la entrevista como evaluación.

La entrevista en evaluación psicológica se puede definir como «un procedimiento de obtención de información mediante la conversación con una o varias personas, en la cual una de las partes (entrevistador) tiene como rol establecido y como misión indagar mediante preguntas «orientadas», a fin de reunir la información que desea obtener; mientras que la otra parte (entrevistado) tiene el papel asignado de responder en relación con las preguntas que se le efectúan»<sup>2</sup>. Esta definición genérica de entrevista se enfrenta en el ámbito de la rehabilitación en que el entrevistado en ocasiones no es demandante alguno de ayuda, no vive en un mundo confiable y bondadoso y decide, con todo el derecho, a no ajustarse al papel asignado, es más, lo más frecuente es que tanto entrevistador como entrevistado no nos ajustemos a los papeles asignados, por lo que tiene especial sentido practicar y entrenar destrezas de entrevista.

Desde este punto de vista la entrevista no es la mera formulación de preguntas para que sean respondidas por el entrevistado, no solo indagamos si no que hay que aprender sobre todo a escuchar. Deberá ser todo esto, pero también mucho más y responder a otros objetivos además de la recogida de información: establecer una relación o alianza constructiva entre profesional y cliente (la herramienta y objetivo más importante y poderoso en las entrevistas de evaluación) que permita un contexto positivo de trabajo, negociar los procedimientos o procesos que se le van a proponer al sujeto, explicar la normativa del servicio donde se le va a atender, aclaración de dudas...

El enfoque de la entrevista debe ser, como señala Wachtel<sup>3</sup>, de exploración positiva que se define como «la habilidad para analizar aspectos de experiencia y motivación que preocupan al paciente, aspectos de su sentido de sí mismo o de su estructura de vida global (...), y hacerlo de una manera que sea mínimamente crítica o perjudicial para la autoestima del paciente». Como tal habilidad, el profesional puede aprender a ejecutarla, ser practicada, corregida y mejorada. Como hemos señalado, este aprendizaje está fuera de los planes universitarios, y entonces se va adquiriendo por experiencia, en un procedimiento de ensayo y error, donde la mejora de la habilidad, si se produce, se va a realizar a costa de prácticas no adecuadas para el paciente. Sin embargo, creemos que este tipo de técnicas se pueden entrenar a través de cursos, estudios, y a través de la supervisión técnica (poco frecuente todavía en rehabilitación y más utilizada en la práctica de la psicoterapia). Se trataría de empezar a desterrar algunos mitos como el que «yo entrevisto así porque esta es mi forma de ser», que «los pacientes deben aceptarnos como somos, nosotros también lo hacemos con ellos», que «Fulanito es muy bueno entrevistando porque es muy empático, yo no puedo, no soy así», y que «por tener una titulación sanitaria se me suponen habilidades de entrevista y comunicación». El entrenar estas destrezas es un proceso continuo que permitiría manejar al entrevistador sus puntos fuertes y sus puntos débiles como persona para ponerlo siempre en pro de los objetivos de trabajo. La entrevista depende mucho de la persona, de la pareja profesional-paciente, y no se trataría de pensar que hay una forma correcta de entrevistar o un entrevistador perfecto, se trataría de cómo manejarnos para probabilizar que el encuentro entre trabajador y cliente sea lo más beneficioso posible para ambos. El rehabilitador como técnico emplea a la persona como instrumento para trabajar, es preciso, por tanto, el conocimiento, cuidado y afinación de este instrumento a la hora de evaluar a un usuario.

## 2.2. Habilidades básicas de entrevista

Distinguiremos tres niveles de habilidades básicas que pensamos que hay que tener en cuenta para nuestro trabajo:

1. *Habilidades de primer nivel.* Las categorías más atómicas, es un nivel descriptivo que trata de nombrar las intervenciones del paciente y del profesional. A su vez se dividen en 3 subniveles que hacen mención a la función primordial de la habilidad (no la única, ya que la función

de cada habilidad depende del momento y del contexto específico): de escucha, facilitadores de la actividad narrativa del paciente (que siga hablando y esté cómodo haciéndolo), y facilitadores de cambio de la narrativa (que el usuario piense, se detenga, escuche él y trate de iniciar o plantearse algún cambio a lo que trae). (TABLA 1)

1. Habilidades de escucha
  - a. Actitud general de escucha
  - b. Atención a lo no explícito
  - c. Atención a la comunicación no verbal
  - d. Atención a la respuesta experimentada por el profesional (Yo-observador)
2. Facilitación de la actividad narrativa del paciente
  - a. Facilitadores no verbales
  - b. Parafrasear
  - c. Reflejar empáticamente o reflejo de sentimientos
  - d. Recapitular
  - e. Preguntas abiertas
  - f. Preguntas cerradas
  - g. Clarificar
  - h. Silencio
3. Facilitación de la generación de narrativas alternativas específicas
  - a. Interpretar
  - b. Confrontar
  - c. Informar
  - d. Dar instrucciones y feed-back

2. *Habilidades de segundo nivel. Habilidades de acompañamiento y guía.* Habilidades que ponemos en marcha de forma más estratégica. Consistirían en cómo podemos combinar las de primer nivel para poder ir acompañándonos y a la vez guiando al paciente hacia los objetivos técnicos que entendemos que tiene la entrevista.

3. *Habilidades de tercer nivel.* Habilidades propias del modelo de trabajo que tengamos, son habilidades más centradas en la psicoterapia y que se trataría de pensar y entrenar técnicas que necesitamos para desarrollar entrevistas dentro de un modelo psicoanalítico, sistémico, conductual...

En relación con los objetivos de este capítulo (la entrevista general) nos dedicaremos a señalar y detenernos muy someramente por las de primer nivel y un poco de las de segundo. El resto del libro de alguna forma se dedica a los otros dos niveles de habilidades en el contexto de la evaluación en rehabilitación.

### 2.2.1. Habilidades de escucha

- a) *Actitud general de escucha*
- Variables ambientales (entorno).
  - Postura y actitud física del entrevistador.
  - Actitud «interna» del entrevistador.

Además de las aptitudes individuales que cada entrevistador tenga para realizar entrevistas, debemos esforzarnos por mantener una actitud general de escucha donde el entrevistado de alguna forma sepa que le queremos escuchar. No vamos a incidir en las importantes variables del entorno (luz, ruido, ventilación, espacio) porque el capítulo se haría muy extenso. Muchas de estas habilidades entran en los reguladores no verbales de la comunicación, como el de la proxémica: uso y percepción del espacio personal. El uso de las relaciones espaciales, las distancias, el mobiliario. En general podríamos decir que en la evaluación en rehabilitación el entrevistador y su entorno deben adoptar una postura acogedora, tranquila y receptiva. Habría que evitar tirantezas, posturas rígidas y encorsetadas. Entrevistadores que se encuentren más cómodos en distancias pequeñas o con contactos físicos frecuentes deben tener en cuenta que algunas personas con psicosis se sienten incómodos en esas distancias, la idea no es que haya una distancia ideal o fija, sino que seamos flexibles para construir nosotros con el paciente la que sea más cómoda para la pareja. Nosotros, como supuestos expertos en comunicación y no expertos en el usuario, debemos entender que esta distancia y actitud es importante y a veces debemos estar atentos a comunicaciones no verbales sobre el tema de algunos clientes que puedan mostrar incomodidad o desasosiego para poder hablarlo y negociar la distancia si pensamos que esta es un motivo de recelo. Esto puede ocurrir tanto si la evaluación se hace en un despacho, o en un domicilio o en la calle. Si nuestra percepción es que hay comodidad o la entrevista fluye de forma natural frecuentemente no es un tema que lleve mucho tiempo hablarlo.

Llamamos actitud «interna» del entrevistador a dos conceptos que son de máxima importancia para desarrollar cualquier entrevista y que son fuente de la mayor cantidad de problemas cuando no se pueden manejar correctamente.

Uno es el asegurar un silencio intrapsíquico para poder mantener la atención en el entrevistado, no va a ser fácil evaluar a un usuario si estamos atentos a pensamientos sobre la lista de la compra que tenemos que hacer hoy, sobre la bronca que acabamos de tener con el equipo o cualquier otro tema. Debemos asegurarnos un cierto silencio, intentando manejar el ruido cognitivo para que podamos atender al cliente. Los ejercicios que se realizan para este fin son de entrenamiento general para atención y concentración, últimamente muy de moda para pacientes y terapeutas, entrenamiento en mindfulness o ciertos entrenamientos de yoga o de la meditación tradicional.

El otro concepto es el de suspensión del juicio, palabra no muy precisa que requiere cierta explicación. Las personas que entrevistamos nos originan juicios de forma inmediata, estos juicios tienen que ver con muchas dimensiones, muchas de ellas del entrevistado (aspecto, forma de hablar, actitud en la entrevista...) y otras muchas del entrevistador (juicios previos sobre el mundo, biografía e historia personal, características de personalidad, situación personal en ese instante...), estos juicios que aparecen de forma inmediata con mucha frecuencia dificultan el ritmo adecuado de la entrevista, sirven para etiquetar al paciente y que comiencen a obstaculizar el objetivo de la relación que iniciamos, no tanto en los aspectos verbales de la entrevista (casi todos al cabo de poco tiempo al evaluar a un paciente sabemos qué decirle, qué preguntarle y qué escucharle) si no más bien en los no verbales (cómo le estoy escuchando, cómo le estoy

preguntando y cómo le doy la información). Esto último va a ser un punto crucial en obtener o no los objetivos que queremos, puesto que va a ser más importante cómo decimos algo que lo que decimos. No vamos a poder hacer una evaluación adecuada que prepare al usuario a la intervención si no construimos una relación honesta y de confianza con este. Para ello necesitamos sobre todo en estos momentos iniciales, suspender los juicios que aparezcan, dejarlos en el aire. No se trataría de eliminarlos, no podemos hacer eso, quizá también sean útiles para la propia evaluación pero no deberían entorpecernos la tarea. Queremos decir con esto, que no es fácil evaluar a una persona que nos causa irritabilidad, cansancio, que nos cae mal, o al revés, que nos resulta muy atractiva o interesante, no es fácil porque estos juicios pueden entrometerse en nuestra parte técnica. Los usuarios no necesitan un enemigo, un padre que les diga lo que tienen que hacer, un consejero o un amigo, necesitan un evaluador que piense en las variables que se relacionan con las dificultades, desarrolle unas técnicas eficaces para que el usuario las resuelva si esto es posible, y alguien, en definitiva, que les vaya acompañando para que encuentren todo eso fuera del centro de rehabilitación si quieren, o para manejarlo lo mejor posible si ya lo tienen. Los juicios nos empujan a responder desde la persona que somos y no desde el papel de evaluador psicólogo que es lo que el cliente necesita. La creación de etiquetas (tipo más frecuente de juicios) no suelen ser útiles para la evaluación. Las etiquetas:

- Generalizan
  - Ensombrecen otro tipo de comportamientos
  - Influyen en cómo y qué cosas vamos a resaltar de una persona
  - Son definiciones circulares que no explican
- Dificultan los acuerdos, las alianzas
- Favorecen la búsqueda de déficits, errores que perpetúan la etiqueta (profecía autocumplida)
- Provocan desresponsabilización

Este entrenamiento es muy necesario para nuestro trabajo y se realiza con ejercicios consistentes en viñetas clínicas, con supervisión de los casos y en ocasiones también con terapia personal. El objetivo sería conseguir flexibilizar nuestros juicios y moverlos para que no interfieran. En rehabilitación, además, este problema es más frecuente porque el usuario ya viene con un diagnóstico y una etiqueta al ser derivado desde salud mental, y puede hacer, en el peor sentido de la palabra, que nos preparemos para ver un trastorno borderline «horrible» que nos han derivado, o un psicótico «de toda la vida». Sabiendo que esto es lo que ocurre habría que aprovechar las etiquetas para balancearlas y prepararnos para tratar de suspenderlas antes de evaluar al paciente.

También hay que tener en cuenta que el usuario establece estas etiquetas sobre nosotros de forma inmediata, que él no tiene que flexibilizar nada, pero que también pueden influir notablemente en el curso de la evaluación.

#### b) *Atención a lo no explícito*

Evidentemente debemos atender a lo explícito del curso de un paciente pero debemos ejercitarnos especialmente para estar atentos a lo que el paciente no nos dice,



o lo dice de forma incompleta, implícita, etc. Esta atención no es común mantenerla en la vida cotidiana. Si estamos con un amigo vamos siguiendo su discurso e intercambiamos opiniones, experiencias personales, hablamos de los hechos y acciones... la entrevista en salud mental y la de evaluación no va de esta manera, la forma y los contenidos no son iguales, generalmente vamos a preguntarle y darle ritmo a la entrevista a través de estar atentos en el discurso del paciente a los contenidos no explícitos. Estos serían: discursos incompletos, implícitos, omisiones y evitaciones, y discursos recurrentes.

Los discursos incompletos deberán despertar en nosotros la posibilidad de pedir una clarificación. Si un usuario dice: «Desde siempre me han dicho que tengo depresiones», hay en esta frase conceptos que podríamos ampliar y clarificar, para ello antes debemos darnos cuenta de forma espontánea de la aparición de estos discursos incompletos, tenemos que escucharlos. A veces aparecen también como sobrentendidos. Si no los abordamos pueden aparecer más tarde problemas al no clarificar ideas. Claro que no siempre habrá que pedir clarificaciones, a veces la entrevista nos interesa conducirla a otro sitio, otros aspectos, la idea es que el entrevistador pudiera desarrollar la habilidad de dirigir y llevar la entrevista hacia donde quiera según sus objetivos. Atender estos sobrentendidos hace que el usuario se sienta escuchado, le hacemos ver al paciente hacia dónde fijamos la atención (por esto la clarificación se coloca como habilidad que facilita la actividad narrativa. Ver tabla 1). El entrevistador, por tanto, podrá decirle al paciente, por ejemplo: «¿Desde cuándo es siempre?» «¿A qué llama exactamente depresiones?» «¿Cómo son esas depresiones?». Un usuario con rasgos obsesivos dice en las sesiones de evaluación: «Todo lo dejo sin terminar». Debemos estar atentos a qué se refiere con todo o con terminar (terminar para un usuario obsesivo no es lo mismo que para otra persona).

Los contenidos implícitos se refieren a discursos donde hay un significado no explicitado por el texto del paciente pero que es muy importante para él para reflejar en realidad cómo es, el sistema de valores que tiene o su sistema atribucional o de pensamiento. USUARIO: «No iba a ponerme a llorar, tenía que comportarme como un hombre, me duché y me fui a trabajar». Debemos estar atentos y concentrarnos en estos discursos. En este caso parece que sin hacer mucha inferencia podríamos estar de acuerdo que para él comportarse como un hombre es importante, que esto implica no mostrar ni dejarse llevar por los sentimientos y dedicarse a las tareas más instrumentales. Quizá no tengamos que hacer nada ni preguntas sobre este tema, pero sí es una habilidad de escucha muy importante en el campo de las entrevistas de salud mental. Podrá tener implicaciones en el futuro: hablar de emociones para él no resultará fácil (nosotros no deberemos desesperarnos por ello), cuando ocurra, si ocurre, será una situación difícil para él (precisará un cuidado del entrevistador especial entonces). O de no explorarlas y clarificarlas, el paciente nos hace partícipes de estos contenidos (el que calla otorga). Por otro lado el responderlas aun no contrariados o irritados pueden hacer daño a la relación entrevistador-entrevistado y el paciente puede vivir la afirmación de los principios del entrevistador con culpa, como un juicio sobre él, o con irritación al ver al psicólogo como alguien muy diferente a él y etiquetarle, por lo que habría que estar muy atento a la evolución de la entrevista si se elige este camino. «Psicólogo: Pienso

que ser un hombre no supone que no pueda llorar. No entiendo que un hombre no pueda mostrar sus sentimientos».

Las omisiones y evitaciones se refieren a partes de la vida del paciente que no aparecen en la información que nos da. A veces es más importante lo que el paciente oculta que lo que nos cuenta, y debemos entrenar esta habilidad, que impida, por ejemplo, que se nos pase que no ha mencionado a su madre, o el trabajo. A veces nos haremos cargo preguntándole directamente sobre estos temas y a veces no, lo importante es que esto parta de una decisión del entrevistador y no que no lo hagamos porque se nos ha pasado. Lo mismo podríamos decir de los discursos recurrentes (quizá utilice la recurrencia porque así es más fácil hablar de algo que le importa poco y omitir algo más difícil de contar). Tendremos que escuchar qué es lo fácil para él y qué puede ser difícil, y a la hora de preguntar sobre lo difícil, si así lo creemos oportuno, deberemos tener más cuidado).

### c) Atención a lo no verbal

Ya hemos dicho que tanto para nosotros como para el paciente es más importante cómo se dice una cosa que la cosa en sí misma. La comunicación no verbal es algo que se conoce en los teóricos de la comunicación como algo clave en la comprensión de los mensajes, clave en mostrar nuestra visión del mundo, en enfatizar, en llevar a cabo finalidades más pragmáticas de la comunicación, como seducir, asustar, intimidar, mantener el poder o mostrarse sumiso. Es llamativo, por tanto, que ocupe tan poco, tanto en manuales de entrevista como en los mismos de comunicación, centrando la atención en los comportamientos más verbales. Una razón puede ser que enseñar todo esto a través de la lengua escrita (una forma verbal de comunicación) es sumamente complicado. Nosotros por ello, le daremos un espacio que aunque reducido consideramos de máxima importancia (y que se trabaja intensamente a través de rol playing, supervisión directa...).

Según Mark Knapp<sup>4</sup>, La comunicación no verbal es muy importante dentro de la comunicación humana porque: de lo que percibimos cuando nos comunicamos las 2/3 partes es comunicación no verbal. Ante la inconsistencia entre un mensaje verbal – no verbal, predomina el mensaje no verbal. La manera en que se expresa un mensaje, socialmente es mucho más importante que las palabras que se usan. La comunicación no verbal, y por tanto la comunicación en general es inevitable, no es posible no comunicar (siempre hay una comunicación no verbal a la que debemos atender en una evaluación). Los mensajes no verbales son recibidos a menudo de forma no consciente, automática (hay que entrenarse para percibirlos y poder usarlos). Las conductas no verbales provocan normalmente conductas no verbales (que también debemos atender).

Las funciones según Argyle<sup>5</sup> de la comunicación no verbal serían

1. Expresar emociones
2. Transmitir actitudes interpersonales (gusto/disgusto, dominación/sumisión)
3. Presentar a otros la propia personalidad
4. Acompañar el habla para administrar las intervenciones, retroalimentación, atención, etc.



Vemos que estas funciones son importantísimas en las relaciones humanas, en entrevistas psicoterapéuticas son esenciales a la hora de diseñar hipótesis de problemas del paciente o preguntas e intervenciones. En las evaluaciones en rehabilitación van a ser básicas para realizar hipótesis de problemas en el usuario, en diagnóstico de dificultades en habilidades sociales, así como pensar en intervenciones que den feedback al usuario de estas formas de expresión.

d) *Atención a la respuesta experimentada por el entrevistador (yo observador)*

Decíamos ya en la parte de suspensión del juicio que para poder realizar esta tarea había que entrenar la función psicológica de la conciencia que se encarga de escuchar los pensamientos y sentimientos propios (por ello la incluimos aquí, como una habilidad de escucha). Esta capacidad nuclear de la conciencia, el tenerla, la conciencia de uno mismo, tiene su origen como material de estudio desde la filosofía antigua tanto occidental como (y sobre todo) oriental. No obstante hay que destacar que es el psicoanálisis el que más la teoriza para el trabajo clínico denominándola *contratransferencia*<sup>6</sup>: «conjunto de reacciones inconscientes del analista frente a la persona del analizado y, especialmente, frente a la transferencia de éste». En este caso nosotros ampliamos un poco el concepto y por ello lo denominamos «Yo observador» para referirnos a la capacidad de darse cuenta de los sentimientos, pensamientos y conductas que puedan estar desarrolladas por la especial interacción que aparece con el paciente. Algunas de estas reacciones tendrán que ver sobre todo con el paciente en cuestión (un paciente agresivo puede producir miedo, un seductor embelesamiento, uno que no mejora rabia o impotencia...), otras tendrán que ver sobre todo con el entrevistador, bien por su cultura, ideas o juicios de la realidad, bien por la propia biografía, historia o momento personal (atender a un paciente ultraconservador cuando tú eres liberal o al contrario, atender a una mujer embarazada cuando tú también lo estás, atender a un maltratador de hijos cuando tú lo has sido de pequeño...). También como hemos señalado antes, la negación o la falta de manejo de estas reacciones hacen que el entrevistador actúe desde lo personal y es otra de las causas más frecuentes de errores o de dificultades en la entrevista. La mayor parte de las veces estos errores son sutiles, se comprueban más en lo no verbal del entrevistador, en las formas más que en el contenido. Debe practicarse esta destreza con ejercicios de toma de conciencia de uno mismo (muchos en prácticas de meditación y otros procedentes de técnicas orientales), de reflexionar cómo ha llegado uno a esta profesión de ayuda y cuidado de otros, para analizar expectativas en el trabajo y en la propia entrevista, qué deseamos y tememos de nuestra profesión. También con la supervisión (no es muy útil aquí la supervisión transmitida sin más por el entrevistador ya que como hemos dicho la sutilidad de las respuestas personales hace que estén negadas estas por el propio interesado, es más útil la supervisión directa o a través de videos), también las terapias que analizan esta función (como la analítica) pueden resultar muy útiles.

En ocasiones se pueden diseñar intervenciones basadas en este Yo observador que hacen mención a cómo nos puede estar haciendo sentir a nosotros cierto comportamiento del paciente (y estaríamos haciendo una auto revelación), o bien hacemos alusión a algo que está ocurriendo

en la relación entrevistado-entrevistador, suelen ser estas intervenciones de corte interpretativo, difíciles de entrenar y de llevar a cabo, pero muy poderosas para hacer pensar al paciente (estarían en las habilidades de cambio, de corte interpretativo). Se usan en el contexto de una entrevista de evaluación en rehabilitación cuando necesitamos remarcar algo de la exploración, o la entrevista se está atascando, es problemática, o el usuario hace una referencia explícita al entrevistador o a la entrevista, sobre todo si esta referencia es negativa. Serían del tipo: PSICÓLOGA: «*llevamos 30 minutos y tengo la sensación de que estamos jugando al gato y al ratón*» «*tengo la impresión de chocarme con un muro gigante que rebota todo lo que lanzo*» «*estoy preocupada por esto que me dice ¿desde cuándo le está pasando?*» «*Estoy algo desconcertada con sus silencios ¿se ha dado cuenta?*» .

## 2.2.2. Habilidades que facilitan la actividad narrativa del paciente

Son destrezas que hay que desarrollar para que el paciente se sienta escuchado y mantenga y continúe con su narrativa, que siga hablando y que lo pueda hacer cómodo y con la confianza que el entrevistador le escucha y se está enterando.

a) *Facilitadores no verbales*

Son los típicos «*ubmmm, ahá*» junto con conducta no verbal de atención, leve movimiento de cabeza. También son útiles para marcar finales de intervención esperar que el otro coja el turno. A veces los excesos de estos facilitadores son percibidos como una sobreactuación del psicólogo en su rol o pueden resultar molestos (Wachtel<sup>3</sup> habla de ruidos de terapeuta, como de aquellas conductas que socialmente constituyen lo que es un terapeuta y que hacen que la entrevista sea poco natural o espontánea, parecería que el entrevistador esconde a la persona en el disfraz de un terapeuta típico).

b) *Parafrasear*

Se trataría de repetir con las mismas palabras u otras que sustituyan a las del paciente (sin variar el significado) lo que este nos está diciendo. Es una intervención que favorece el ritmo de la entrevista y que sirve de base para otras intervenciones más complejas. Puede establecer, además, qué parte del mensaje del usuario nos está interesando resaltar, por dónde queremos ir. USUARIO: «*No le dije nada y entonces me sentí como una mierda*».

PSICÓLOGA: «*Se sintió como una mierda*».

USUARIA: «*Llegué al despacho del jefe y tras un rato trabajando, discutimos, me agarró, me tiró al suelo y me obligó a mantener relaciones*».

PSICÓLOGA: «*La violó*» (paráfrasis más sustitutiva y estratégicamente más directa, puede que la psicóloga esté intentando hacer aparecer una palabra difícil y de mayor impacto para la usuaria).

USUARIA: «*No me gusta que me lleven la contraria, lo llevo muy mal, no sé por qué, pero es como si tuviera muy mal perder*».

PSICÓLOGA: «*¿No tiene buen perder?*».

c) *Reflejar empáticamente o reflejo de sentimientos*

La empatía es la capacidad para ponerse en el lugar del otro. No vamos a entrar aquí en la discusión filosófica en la que consideran muchas escuelas que es un término débil y mal empleado, ya que no es posible ponerse en el lugar del otro. Algunos prefieren utilizar la palabra compasión y últimamente nos referimos evitando la polémica en el reflejo de sentimientos. Este reflejo es una de las habilidades más importantes para las entrevistas en salud mental. En psicoterapia numerosos estudios demuestran que el número de reflejos de sentimientos utilizados en una sesión es un índice de buenos resultados en la terapia. De hecho corrientes de trabajo terapéutico como la rogeriana trabajan con esta habilidad de forma principal.

El reflejo, además, no se emplea socialmente, hacer mención de los sentimientos y no de los hechos se ve como una intromisión y forma parte de un lenguaje muy de terapeuta. A pesar de ello, en salud mental es básica esta intervención. El reflejo consta de dos partes: un sentimiento que intuimos o inferimos del discurso del paciente y una paráfrasis que relaciona el sentimiento con el hecho o acción que intuimos que lo ha provocado en la narrativa del paciente. El sentimiento primero debemos intuirlo, habitualmente por comportamientos no verbales, o por inferencia del propio texto. Una vez localizado debemos construir la respuesta que es lo que llamamos reflejo.

USUARIA: «Llevo todo este mes con los insultos y gestos en la calle de otras veces».

PSICÓLOGA: «Pareces desesperada con la aparición de nuevo de los síntomas de otras ocasiones» o «Te veo preocupada con esta idea que te aparece de nuevo de que te insultan y te hacen gestos» o «Te encuentro asustada al tener que contarme esto, ¿te da miedo lo que te pueda decir el psiquiatra o yo misma de este tema que me cuentas?».

Como veis la psicóloga señala primero un sentimiento que no aparece como explícito en la narrativa de la usuaria (desesperada o preocupada o asustada) y lo liga a una paráfrasis que pueda relacionarse con el sentimiento (aparición de nuevo de los síntomas, o esta idea que te aparece de nuevo de que te insultan y te hacen gestos, o al tener que contarme esto).

Esta intervención es una herramienta poderosa que se utiliza para aumentar la comodidad, la sensación de confianza y escucha del entrevistado sobre el entrevistador. Disminuye la distancia. Se usa, por tanto, de forma prioritaria en aquellos momentos de la entrevista en los que el paciente se aleja de nosotros, o está desconfiado o asustado. También se emplea como antecedente de muchas preguntas abiertas, para guiar con buen tono y ritmo la entrevista. Y también antes de intervenciones técnicamente más complejas, o de mayor impacto emocional (antes de una interpretación o una confrontación). Nos puede sacar de atolladeros complicados en momentos donde el usuario está haciendo preguntas incómodas o traspasando la distancia razonable:

MADRE DE USUARIA: «Perdona que te lo pregunte, hija, pero ¿estás casada? ¿tienes hijos? Eres tan joven...».

PSICÓLOGA: (Apetecería contestarla o defenderse —) «¿A usted qué le importa?», no sé si hacer esto llevaría estratégicamente la entrevista a los objetivos que se plantea la psicóloga). Una posibilidad de que le entrevista coja ritmo es emplear un reflejo: «Parece que está contrariada con la psicóloga que trata a su hijo» o «La encuentro decepcionada por mi juventud» o «Parece

preocupada por si mi juventud va a ser una dificultad para que pueda comprenderla».

Es frecuente su uso en pacientes psicóticos donde nos interesa centrarnos en el sufrimiento como modo de acercarse al usuario y poder entrevistarle mejor.

USUARIO: «Las voces me llaman constantemente maricón, sobre todo por la noche».

PSICÓLOGA: «Debe ser muy duro para ti estar volviendo a vivir todo esto otra vez, y dime ¿desde cuándo dices que está pasando esto?».

El reflejo casi siempre debe ir seguido, sobre todo en evaluación, de alguna intervención exploratoria, tipo pregunta abierta. En ocasiones, no conseguimos que la distancia disminuya y el usuario esté más cómodo y ligeramente más confiado, bueno, no es un desastre, sirve entonces para precisar conceptos y obtener un feedback de los que hacemos, y explorar algo que no nos ha quedado claro.

USUARIO: «No aguanto a la psiquiatra, esa solo me da pastillas».

PSICÓLOGA: «Te encuentro algo desorientado con tu psiquiatra» [Reflejo].

USUARIO: «Desorientado no, estoy muy cabreado».

PSICÓLOGA: «Parece que te encuentras cabreado con tu psiquiatra porque se centra mucho en el tratamiento con pastillas [Paráfrasis], ¿qué te parece que podrías hacer con este problema? [Pregunta abierta]».

A pesar de ser una herramienta poderosa no sale de forma espontánea y necesita entrenamiento para que parezca natural. Cuando esto ocurre da ritmo a la entrevista, nos acompasamos con el paciente y favorece la guía hacia los objetivos técnicos (habilidades de segundo nivel).

d) *Recapitular*

Es una síntesis de lo que nos ha contado un usuario en un texto largo, o una síntesis de lo que ha ocurrido en una sesión. Es una intervención larga que se compone de varias paráfrasis, varios reflejos y puede contener alguna información.

e) *Preguntas abiertas*

Es una invitación del entrevistador a desarrollar un tema, se suele hacer a través de preguntas aunque no siempre («Cuénteme un poco más de eso que le ocurre»). No solo sirven para recabar información, también son una potente herramienta de acompañamiento y guía (habilidades de segundo nivel), que si se realizan de modo pertinente y si son relevantes (características fundamentales de preguntas abiertas adecuadas) forman la base de una entrevista con ritmo y fluidez.

Suelen comenzar por partículas tipo «cómo», «qué», «por qué». Esta última es problemática en su uso y debemos usarla con precaución. Indica una causalidad lineal en las conductas, cosa poco frecuente en la realidad, tiene un matiz en ocasiones acusatorio («¿Y por qué no decidió venir antes?»), y muchas veces no son fáciles de responder creando en el usuario sensación de torpeza, como que para el entrevistador él debería saber contestar a esa pregunta, generando culpa («¿Por qué piensa que su mujer y sus hijos han acabado marchándose?»).

f) *Preguntas cerradas*

A diferencia de las anteriores solicitan una respuesta que se puede contestar con un sí o no, con un dato, una fecha, o algo concreto. Son más frecuentes en las entrevistas iniciales y en este caso son frecuentes en la evaluación de rehabilitación. Aportan datos, incrementan la precisión de la información. Abusar de ellas constituye un error frecuente en las entrevistas por que lleva a la transformación de la entrevista en un interrogatorio, cerrando aspectos de la comunicación, como los sentimientos y dificultando la construcción de una alianza sólida. No obstante son muy importantes para enterarnos de datos que necesitamos para la elaboración de la hipótesis y para la evaluación del caso.

g) *Clarificar*

Cuando el entrevistador necesita aclarar o precisar el significado de alguna palabra o algún aspecto de la narración. Es la intervención que se realiza cuando detectamos y nos interesa clarificar contenidos incompletos, sobrentendidos. Se hace a través de una pregunta abierta. Es otra de las intervenciones básicas que da ritmo y fluidez a la entrevista. Podríamos decir que un entrevistador en salud mental en general o en rehabilitación en particular no debe dar nunca nada por sobreentendido. El entrevistador debe parecer un ingenuo interesado sobre la vida del paciente, un ignorante atento dado que el experto en el usuario es el propio usuario.

h) *Silencio*

El silencio es un instrumento poderoso. Da tiempo para pensar tanto al usuario como al entrevistador. En muchas ocasiones hay que practicarlo y entrenarlo más, ya que estamos más habituados a estar pensando todo el tiempo de la entrevista sobre lo que tenemos que decir, más que lo que tenemos y podemos escuchar.

Es importante entender en nosotros mismos el significado del silencio (igual que hacemos con el silencio de los usuarios). A veces es una invitación a seguir hablando, o una demostración de sentido interés sobre lo que está ocurriendo en la sesión, puede intentar ganar tiempo en una intervención complicada. A veces puede ser interpretado como tenso, como muestra de desinterés o desaprobación.

### 2.2.3. Habilidades que facilitan la generación de narrativas alternativas

Se trata de habilidades que pretenden que el paciente cambie de narrativa, significa esto, que el paciente piense, se detenga un poco en su discurso y pueda reflexionar sobre lo que está contando, o incluso llegue a ver otra alternativa a lo que narra. Son todas ellas intervenciones en las que el entrevistador pone más de su parte, añade cosas nuevas al discurso del usuario, suelen ser importantes para empezar a producir cambios, a la vez son más arriesgadas, y pueden hacer que el paciente se aleje, se sienta juzgado o solicitado a hacer algo que no quiere o no puede. Debemos por tanto ser cautos en su manejo, no tanto como

para temerlas como intervención y entonces evitar usarlas (es un error frecuente en entrevistadores inseguros o fóbicos), si no más bien utilizarlas con cuidado y estar muy atento a la reacción del usuario.

a) *Interpretar*

Nos referimos con esta destreza comunicativa no solo a la que ha sido una de las herramientas fundamentales del psicoanálisis. Las acepciones de esta intervención dentro del marco de habilidades generales de comunicación en una entrevista estarían más ligadas a las que aparecen en los diccionarios de la lengua. Así, interpretar <sup>6</sup> sería:

- Atribuir cierto significado a una expresión o a otra cosa.
- Encontrar y explicar para otros el significado de ciertas expresiones o de otra cosa.
- Traducir el mensaje de otro. Dar forma alguien a una idea o deseo de otro. Particularmente los artistas, por ejemplo.
- Acompañado de «bien» o «mal», acertar con el verdadero significado de una cosa o equivocarlo.

Los sinónimos según el contexto que se pueden emplear son: descifrar, desentrañar, leer, sacar, traducir, enjuiciar.

En estas acepciones se incluyen todas las posibles intervenciones a las que llamamos interpretación, incluida la psicoanalítica. Y en general, si tuviéramos que resumirlas, interpretar sería dar un nuevo significado a un pensamiento, sentimiento o conducta del usuario, bien referido a un momento dado de la entrevista o bien referido a información que tenemos del usuario sobre cualquier conducta o patrón de ellas a lo largo de su biografía.

Las maneras que tenemos de construir esta intervención son muy variadas y difíciles de sistematizar. Podríamos interpretar a un paciente algo de su narración presente «*Esto que me cuentas de las voces y de que te sientes observado creo que puede tener que ver con haber dejado de tomar el tratamiento*» o algo de un patrón que vemos en él desde lo que conocemos sobre su pasado «*Me llama la atención, Ricardo, que cada vez que te enfadas o irritas, dejas de tomar el tratamiento, no vienes al centro, y me parece que acabas perjudicándote tú*». Podemos interpretar de forma concreta como aparece en los ejemplos anteriores o en forma metafórica «*Cada vez que me cuentas esto te veo como La Cenicienta esperando un hada que cambie tu vida*». Podemos interpretar los pensamientos, sentimientos o conductas del usuario como todos los ejemplos anteriores o hacerlo sobre la relación entrevistador-entrevistado «*Siento como si fuéramos jugadores de una partida de ajedrez tratando de medirnos mucho y con precaución, esperando el siguiente movimiento del otro, no sé si usted lo ve de la misma manera*». Esto son ejemplos de interpretaciones, evidentemente en nuestro trabajo habitual debemos adaptarlas y acompañarlas al usuario que tenemos delante. En realidad el significado nuevo que traen las interpretaciones debe estar lo suficientemente cerca del usuario como para que este coja el significado y al menos lo piense, y lo suficientemente lejos de él como para que sea un significado nuevo y pueda mostrarle un cambio. Esta es la mayor dificultad a la hora de construir estas intervenciones, dado que su efectividad no se mide en relación a la verdad del nuevo



significado, a que tengamos razón en lo que le decimos, sino en su capacidad para detener la narrativa del usuario y hacerle pensar. Esto podemos comprobarlo en lo no verbal del usuario después de haberle interpretado algo, tenemos a veces que pedir un feedback de cómo le ha llegado la intervención y estar muy atentos a expresiones no verbales de aumento de la distancia, desagrado, rabia que nos harían quizá seguir explorando y trabajando en ese terreno.

Como ya decíamos antes son intervenciones poderosas por lo que es preferible construirlas con precaución porque no es difícil que el usuario se sienta juzgado, «cazado» por el entrevistador, avergonzado o culposo y que entonces la interpretación aún estando bien construida formalmente encuentre una fuerte resistencia en el paciente y disminuya la alianza de trabajo. De ocurrir, pensamos que no debemos vivirlo como un desastre sino como una nueva oportunidad de aparición de material cognitivo y emocional susceptible de trabajo, y en ocasiones muy rico. El hecho que sea una intervención que puede crear tensión no debe amedrentarnos de su uso puesto que es una herramienta poderosa de cambio. Para manejar esta dificultad en muchas ocasiones construimos la intervención con un reflejo y una paráfrasis previa añadiendo luego el nuevo significado: «Pareces muy afectado [reflejo] con esto de tener que acudir a tu psiquiatra y quizá aumentar el tratamiento [paráfrasis], debe ser duro para ti [reflejo], sin embargo otras veces cuando has decidido no hacerlo ha aumentado muchísimo tu sufrimiento, recuerda hace 3 años, no pediste ayuda, te sentiste más libre pero en un mes la vida te resultó insoportable con tantas voces y seguimientos, recuerda cómo fue el ingreso, de esta forma puede que te sientas menos libre si vas al psiquiatra pero a la larga me parece que te ayuda a vivir en un mundo menos hostil, de hecho has estado estos 3 años haciendo una vida más cómoda [interpretación]».

La devolución de una hipótesis de trabajo, el análisis funcional de una determinada conducta, o la negociación del programa individualizado de rehabilitación son formas de interpretación (recordamos la segunda acepción del término: Encontrar y explicar para otros el significado de ciertas expresiones o de otra cosa).

Las interpretaciones deben ser realizadas en tono de conjetura o de posibilidad para disminuir la carga de juicio y tratar de que el usuario opine y construya el nuevo significado. Como dice Safran<sup>8</sup>: «Las interpretaciones son especulaciones, conjeturas y sugerencias que el terapeuta ofrece al paciente con la esperanza de invitarlo a participar en un proceso colaborador de construcción de sentido».

Los errores frecuentes que aparecen con esta herramienta es que los señalamientos (otras forma de denominar algunas de estas intervenciones), según como se hagan pueden ser juicios o enjuiciamientos del paciente perjudiciales para el ritmo y objetivos de la entrevista. Los juicios que responden a la persona del entrevistador y no a los objetivos de la entrevista suelen ser un grave error que puede llevar al traste una entrevista:

USUARIA: «No aguantaba más la presión de mi cabeza, si me quedaba reventaba, decidí salir y pasar unas horas fuera»

ENTREVISTADOR: «Pero, Lucía, no puede hacer usted eso, no puede dejar sola a una niña de meses en la casa, podría pasarle algo».

Es posible que el entrevistador pueda tener razón en lo que dice pero si el objetivo del entrevistador es explorar

qué le ocurre, analizar cómo está y ayudar a buscar una solución conjunta para evitar que deje a la niña sola, tenemos dudas que lo consiga tal y como va la entrevista, el entrevistador enjuicia a la usuaria señalándole de la forma en que lo hace las consecuencias de su comportamiento en la hija. Dudo que el entrevistador de esta forma vaya construyendo una relación y un estado emocional en la usuaria que le permita luego tomar las decisiones e intervenciones oportunas a Lucía para disminuir la probabilidad de esa conducta. La relación que construye el entrevistador va a dificultar que más tarde entienda que cuando esté sufriendo mucho quizá pueda llamar al centro, pedir ayuda a una vecina o a un educador, lo que sea. La usuaria con este juicio se sentirá culpable e irá cortando la comunicación, dificultará la exploración, o irritada con el entrevistador que originará problemas similares en la entrevista (Lucía sabe que tiene un entrevistador que piensa que es una mala madre). Sería mejor quizá algo como: «Creo que debías estar muy desesperada para salir de esa forma, ¿cuánto tiempo estuviste así? ¿qué te pasaba por la cabeza? ¿pensaste en hacer algo antes de irte de la casa? ¿te ha ocurrido en otras ocasiones? ¿cómo te sentiste al salir a la calle? ¿en qué pensabas cuando estuviste fuera de la casa?» (Evidentemente no todas de golpe).

Como exponíamos en el tema de la suspensión del juicio, las etiquetas, los juicios son interpretaciones que cuando se hacen suelen ser erróneas y dificultan la entrevista «Mira, esto ya no me parece que sea de la esquizofrenia es que eres un vago», «Los borderline son así».

#### b) Confrontar

Confrontar es poner de manifiesto al paciente una discrepancia en su narración, contradicciones de su discurso. Estas discrepancias pueden ser entre dos mensajes verbales: «Me cuenta que solo es una amiga pero también me dice que no soporta verla con otros hombres», o entre un discurso verbal y la descripción verbal de un comportamiento: «Me llama la atención que dice que no es celoso pero me cuenta que le ha estado mirando el móvil a su pareja», o contradicciones entre un mensaje verbal y uno no verbal: «Me dice que no le importa nada pero parece que está conteniendo el llanto» «Dice que está tranquilo pero le noto tenso y con los puños apretados», o discrepancias entre dos contenidos no verbales «Sonríe pero le noto forzado y con cara de tensión y tristeza».

Todo lo comentado en las interpretaciones en relación con la potencia, las precauciones con las que se debe realizar aquella intervención son aplicables, si acaso con más cuidado, a esta intervención. Aquí el usuario puede tener más fácilmente la sensación de haber sido cazado, con lo que la culpa o la rabia que puede aparecer puede dificultar el avance. Además es una intervención que refuerza el poder del entrevistado, la sensación de inteligencia y perspicacia, la idea de que somos muy listos y a nosotros nos la dan fácilmente, ideas que vienen más a reforzar una necesidad personal, por lo que volvemos a responder más desde la persona y no desde el papel de entrevistador.

#### c) Informar

La información durante una entrevista pretende facilitar al usuario las opciones de las que dispone, tener conoci-

miento de los elementos que le permiten evaluar mejor una situación o decisión, y cuestionar dichas opciones con mejores datos.

La información por sí misma no cambia conductas por lo que el entrevistador deberá siempre preguntarse la pertinencia de darla, problema técnico mayor con esta intervención. Solo debemos dar la información de la que estamos seguros sin sesgos que nos lleve a decidir por los usuarios. La información incrementa por tanto las opciones del usuario sobre un campo de su vida. Hay que diferenciar la información del consejo, donde nosotros además le damos nuestra opinión de lo que haríamos en su lugar (frecuentemente un error para la entrevista en el campo de la salud mental).

La información debe darse de manera comprensible, con un lenguaje accesible para el paciente, de forma dialogada, pidiendo feedback al usuario de lo que está escuchando. No es aconsejable abrumar con excesiva información. No es raro que mientras la damos aparezcan reacciones emocionales, habitualmente aconsejamos detenernos un poco a permitir las (a través de silencios, paráfrasis y reflejos) y explorarlas (con preguntas abiertas – clarificaciones).

#### d) *Dar instrucciones*

Las instrucciones son pautas específicas, normalmente verbales, que anteceden a la conducta. Se suelen utilizar para explicar la utilización de otros métodos de evaluación (rellenar registros, aprender a autoobservarse o rellenar un autoinforme) así como para describir qué conductas concretas se quieren instaurar, bajo qué circunstancias y que resultados tendrán (por ejemplo, si un usuario quiere apuntarse a la biblioteca, podemos darle instrucciones precisas antes de acudir allí: «cuando llegues tienes que acercarte al mostrador y explicar tu objetivo, que te quieres apuntar a la biblioteca, debes llevar dos fotos y el carné de identidad, se lo entregas al que esté allí y esperas a que te den el carné que podrás utilizar para sacar libros, si te atascas puedes preguntarle al del mostrador, para que te de información o por si tienes dudas o problemas»). Con un uso adecuado de las instrucciones podemos favorecer la disminución de comportamientos inadecuados y aumentar la de comportamientos más adaptados. La instrucción es en definitiva la descripción de una conducta, en muchos casos teniendo en cuenta sus tres términos (antecedente-conducta-consecuencia). En muchos casos, la instrucción es más potente cuando forma parte de una norma, es decir, no sólo se describe la conducta que debe realizar el usuario, sino también la consecuencia en la que está bajo dicha conducta (conductas gobernadas por reglas). Así, decir: «No puedes venir bajo los efectos del alcohol al Centro» será menos eficaz que avisar de las consecuencias de dicha acción «Cuando vengas bajo los efectos del alcohol al CRPS no te atenderemos».

En una entrevista dar instrucciones nos puede servir cuando se desea un cambio de conducta rápido: «Si vienes bajo los efectos del alcohol, no puedes entrar al CRPS», cuando queremos enseñar a utilizar otros métodos de evaluación: «Para rellenar el registro de actividad diaria, es mejor que lo hagas todos los días a la misma hora y que escribas lo que haces en cada momento, excepto cuando estés comiendo o durmiendo» o cuando las consecuencias se demoran mucho en el tiempo.

Para que sean eficaces, como la mayor parte de las intervenciones, las instrucciones deben ser claras y entendibles

por el usuario, y debemos asegurarnos que las han entendido correctamente. Hay que dejar claros todos los pasos de los que se componga la instrucción dada: «rellena el registro todas las noches, lee primero cada apartado, escribe lo que hayas hecho, no copies lo del día anterior, trae el registro a la cita del próximo jueves...». Como en el punto anterior, no es aconsejable dar muchas instrucciones a las personas que atendemos porque perderá eficacia, no debemos permitir que las sesiones de evaluación o de tutorías se conviertan en un «campo de instrucciones». El dar muchas instrucciones tiene el peligro de que la persona pueda sentirse en cierto modo acosada y agobiada por tener que seguir tantas normas y esto puede repercutir en que tome una actitud más pasiva.

#### e) *Dar Feedback*

La técnica de dar feedback consiste en describir la ejecución de un comportamiento después de realizada esta conducta, enfatizando tanto los aspectos conseguidos como los no realizados. Será más eficaz cuanto más cercano sea a la realización de la conducta y cuanto más observable ha podido ser por éste, es decir, lo mejor es que sea inmediatamente después de realizada (por ejemplo en sesiones de entrenamiento en habilidades sociales es frecuente utilizar esta destreza de entrevista después de un visionado en video de partes de la sesión, para aumentar la fuerza de la intervención y del cambio).

Para realizar un feedback eficaz en primer lugar, como en todas las anteriores, debemos utilizar un lenguaje apropiado a la persona que lo recibe, entendible por él y comprobar que ha entendido lo que le hemos dicho, en segundo lugar hacer una descripción exhaustiva de la conducta descomponiéndola en los aspectos más moleculares de ésta y por último es importante empezar por los aspectos positivos, es decir por las conductas bien realizadas y acabar por los aspectos a mejorar, dando siempre una visión positiva. El feedback va a ayudar al usuario a que aprenda a descomponer su propia conducta y a autoobservarse.

Por ejemplo, un usuario en un entrenamiento en habilidades sociales hace un role-playing en el que tiene que iniciar una conversación con un compañero sobre el partido de fútbol que hubo el domingo en TV, nada más acabar le damos el feedback: «Muy bien, has conseguido tu objetivo de iniciar una conversación sobre fútbol con Nicolás. Para ello, he observado que has conseguido su atención sentándote a su lado, y saludándole por su nombre elevando el tono de voz para que te oyera, además cuando has hecho esto has sonreído; sin embargo he notado que has hecho pocos gestos con los brazos y que la conversación ha durado poco porque has hecho preguntas cerradas. Quizá en el próximo ensayo puedas centrar tu atención en mejorar estos dos aspectos, por un lado hacer gestos con los brazos y por otro intentar que las preguntas sean más abiertas, ¿recuerdas cómo puedes hacer este tipo de preguntas?». Si el usuario no se acuerda se puede invitar a que participen los otros miembros del grupo.

Es frecuente pedir feedback en las evaluaciones cuando damos información e instrucciones en relación con el centro, las normas, las citas, información sobre el trastorno o psicoeducación: «Bien Jaime, finalmente has venido y has estado escuchando y hablando durante la entrevista. Me ha dado cuenta que te has enterado perfectamente de qué es este centro,



*quiénes somos, incluso de cuándo tendríamos que vernos la siguiente vez pero en caso que se te olvide ¿qué piensas que podrías hacer?».*

### 3. La entrevista en la evaluación en Rehabilitación Psicosocial

Si la rehabilitación psicosocial tiene como objetivo «ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible»<sup>7</sup> parece ineludible que el proceso de rehabilitación psicosocial sea individualizado ya que debe centrarse en personas concretas con sus particulares discapacidades y en sus entornos sociales específicos. Esta individualización del proceso, sin el cual estaríamos volviendo a caer en prácticas «cronificadoras» ya superadas, requiere de forma inexcusable que conozcamos al sujeto y los entornos sobre los que va a operar la rehabilitación. La evaluación se presenta así como el primer paso imprescindible para iniciar un proceso de rehabilitación. Obviar este paso y no sólo eso, sino no volver a él a lo largo de todo el proceso de rehabilitación, en una lógica de retroalimentación ad infinitum evaluación-intervención-evaluación, va a colocar al usuario frente a una perspectiva de futura cuanto menos desoladora.

Por otro lado, en los procesos de rehabilitación, la entrevista de evaluación se puede utilizar con varios propósitos o en momentos diferentes:

- En los primeros momentos de la relación del profesional con el cliente con el objetivo de formular un plan de rehabilitación. Lógicamente esta primera fase no deberá ser excesivamente larga, sino que durará lo suficiente como para poder formular un primer plan de rehabilitación y dar paso a la intervención. Esta limitación temporal determinará un nivel bajo de exhaustividad en la exploración pero suficiente para tener una panorámica general de la situación, discapacidades y competencias del usuario. En este capítulo nos referiremos principalmente a entrevistas enmarcadas en esta fase.
- En la fase de intervención. En esta fase la exploración y por ende las entrevistas de evaluación, deberán ser más exhaustivas ya que se operará sobre variables que permitan modificar comportamientos o ambientes.
- Durante todo el proceso de rehabilitación: para comprobar que se van cumplido o no los objetivos propuestos, tanto los de corte más específicos referidos a comportamientos específicos, como los más generales, referidos a áreas de funcionamiento que constituyen el plan de rehabilitación de la persona.

Entre los diferentes métodos utilizados en la evaluación en rehabilitación psicosocial la entrevista, junto a la observación directa, es el más utilizado y así es señalado en los principales manuales y publicaciones en el campo de la rehabilitación.

La entrevista en rehabilitación psicosocial se puede definir «como el método, que a través principalmente de preguntas abiertas y/o cerradas (...) recaba información que

permite por un lado conocer la situación de una persona y su entorno y por otro, tras su análisis, confeccionar una propuesta de intervención o plan individualizado de rehabilitación»<sup>10</sup>.

Las entrevistas en la evaluación en rehabilitación han de estar enmarcadas en unos parámetros o coordenadas que faciliten y justifiquen qué información recabar y para qué. El entrevistador debería tener siempre como referencia en su evaluación:

- El concepto, objeto y objetivo de su práctica rehabilitadora. Este fundamento conceptual o axiomático determinará la pertinencia de la información a recabar. Una concepción de la rehabilitación de corte más «ocupacional» marcará una búsqueda de información del sujeto y su entorno diferente que una orientación de la rehabilitación hacia la integración comunitaria, la normalización y la recuperación. Esta última determinará unas entrevistas mucho más exhaustivas, finas, abiertas a diferentes fuentes de información y centradas en entornos comunitarios normalizados; frente a la primera concepción que desarrollará entrevistas más grosera, generalistas, centradas casi en exclusiva en el usuario y quizás su familia y en contextos de funcionamiento específicos del colectivo.
- La «ordenación» que posteriormente el entrevistador hará de la información recabada. Así, la estructura del Plan Individualizado de Rehabilitación y conceptos como el de «áreas vitales» («áreas o parcelas de funcionamiento que contemplan los distintos ámbitos donde las personas tienen que desenvolverse para tener una vida adaptada y normalizada»<sup>8</sup> son referentes que van a determinar la forma y contenido de las entrevistas de evaluación.

La entrevista en rehabilitación ha de centrarse en conductas (al fin y al cabo son conductas las que determinan que un sujeto tenga un desenvolvimiento lo más autónomo e integrado posible (fin de la rehabilitación)), y en su funcionalidad (la forma en que éstas se relacionan y operan con el objetivo general de la rehabilitación (mejora de la autonomía, integración social y calidad de vida)). Las conductas se deben describir y cuantificar en términos de frecuencia, intensidad, duración y/o pertinencia al contexto. Además es necesario explorar las variables que las determinan haciendo más o menos probable su aparición. Esta estructura facilita la entrevista en rehabilitación ya que amortigua las dificultades cognitivas que presentan con gran frecuencia los sujetos afectados con una enfermedad mental grave, al centrar la atención del entrevistado en aspectos concretos de su funcionamiento y poder ofrecer por parte del entrevistador ayudas para facilitar las respuestas. A modo de ejemplo ilustrativo se aporta el siguiente extracto de una entrevista de evaluación en rehabilitación psicosocial:

ENTREVISTADOR: «Me comentaba usted la semana pasada que no era capaz de realizar ninguna tarea doméstica. ¿Podría ponerme algún ejemplo de tarea doméstica que ayer no haya realizado?»

USUARIA: «Recoger la cocina»

E: «Recoger la cocina pueden ser varias cosas: fregar el suelo, limpiar la encimera, fregar los platos, tirar la basura, etc. De estas tareas doméstica ¿cuál es la que considera más importante y que usted no realizó ayer?»

- U: «Fregar los platos»  
 E: «¿En ningún momento del día de ayer fregó los platos?»  
 U: «Sí. Los fregué en el desayuno y en la comida, pero no en la cena»  
 E: «¿Por qué cree que pudo hacerlo en el desayuno y en la comida pero no en la cena?»  
 U: «En el desayuno había pocas tazas y en la comida comí sola. Por la noche estábamos todos y había muchos platos.»  
 E: «¿Si hubieran habido pocos platos los habría fregado?»  
 U: «Sí»  
 E: «Y en vez de fregar los platos, ¿qué hizo usted?»  
 U: «Me fui a la habitación»  
 E: «¿Qué hizo en la habitación?»  
 U: «Nada. Estuve fumando»  
 E: «Entonces ¿quién fregó los platos?»  
 U: «Mi hermana»  
 E: «¿Podríamos resumir lo que ocurrió así: usted se encarga de fregar los platos pero cuando hay muchos platos sucios no lo hace, sino que lo hace su hermana y usted se va a su habitación?»  
 U: «Sí»  
 E: «¿Esto ocurre siempre así?»  
 U: «Sí»  
 E: «Pasemos entonces a otra tarea doméstica».

Un problema frecuente es que el usuario no sepa describir el problema, sino que se centre en constructor o etiquetas («estoy deprimido» o «no tengo fuerzas») o en las consecuencias del comportamiento («estoy aislado»). Esta estructura de entrevista nos va a permitir:

- Operativizar generalizaciones que frecuentemente se presentan en el trabajo con personas con enfermedad mental. Afirmaciones del estilo «no hace nada», «está todo el día fumando», «no habla con nadie», etc., pueden ser descompuestas en elementos que permitan una intervención profesional.
- Cuantificar los comportamientos. Con preguntas del estilo de «¿cuándo?, ¿con qué frecuencia?, ¿durante cuánto tiempo?, ¿cuánto?», etc. se determinará la duración, intensidad, frecuencia y/o pertinencia del comportamiento, información imprescindible para poder señalar la «gravedad» del problema y saber si en el proceso de intervención se está resolviendo o no el problema.
- Determinar las variables que están relacionadas con el comportamiento sobre las que poder intervenir para poder modificar su frecuencia, intensidad, duración y/o pertinencia del comportamiento al contexto o momento en que fue ejecutado. Especial relevancia tiene la exploración de las consecuencias que el comportamiento del usuario tiene en su entorno. Información dada por los familiares cercanos o personas significativas del entorno, suele ser de gran utilidad para esclarecer esas repercusiones.

En la exploración de las diferentes áreas y para ir facilitando un acercamiento objetivo y más concreto a las dificultades reales del usuario, es de gran utilidad pedir al sujeto que ilustre su funcionamiento con ejemplos que le hayan ocurrido recientemente o que hayan sido de especialmente significativos por el malestar causado o por sus grandes repercusiones en el entorno. A partir de estos ejemplos se puede avanzar en una exploración más contextualizada al funcionamiento real del paciente.

Como también se puede observar en el ejemplo anterior, es importante después de explorar un tema, realizar una síntesis de lo narrado y pedir al entrevistado que señale si es correcto el resumen o si necesita alguna otra aclaración.

Es frecuente que en la exploración del funcionamiento del usuario se muestre una tendencia a señalar excesos o déficit de comportamiento problemáticos<sup>12</sup> o generalizaciones del estilo de «no hacer nada» (por ejemplo no asearse, dormir todo el día, no ayudar en las tareas domésticas, etc.). Esta tendencia no sólo la muestran los usuarios y las familias, sino que también los profesionales tienen la tendencia a escorarse hacia los aspectos más inadaptados o problemáticos del paciente, pasando por alto las capacidades, competencias o comportamientos que aún muestra el usuario pero que frecuentemente quedan eclipsadas por lo inadecuado. Este error conlleva generalmente a un planteamiento de objetivos de rehabilitación más orientado hacia eliminación de déficit que hacia el desarrollo de competencias en el usuario. Es importante poder detectar y rescatar estas habilidades conservadas para a partir de ellas ir avanzando hacia una mayor autonomía e integración. En el ejemplo anterior esta circunstancia se muestra en el hecho de que la persona era capaz de fregar los cacharros en determinadas circunstancias frente a la afirmación inicial de no ser capaz de realizar ninguna tarea doméstica.

Un aspecto esencial de la entrevista es que la persona entrevistada entienda las preguntas formuladas y sus respuestas se ajusten a ellas. El entrevistador deberá tener la suficiente flexibilidad y habilidad para poder adaptar su lenguaje a la capacidad de comprensión del entrevistado. La primera entrevista deberá ya situarnos en el «grado» de complejidad del lenguaje que deberemos utilizar con la persona. Una información previa sobre su nivel de estudios, trabajos realizados, etc. nos puede dar pistas sobre el tipo de lenguaje que podría utilizar. En caso de dudas deberemos comenzar con un nivel «medio» de complejidad e ir subiendo o bajando ese nivel pidiendo al usuario comprobaciones de que nos ha entendido. En caso que el sujeto no entienda una pregunta deberemos formularla en otros términos o recurrir a algún ejemplo para plantearla y no repetir sistemáticamente la misma formulación de pregunta con la consiguiente desesperación del entrevistador y confusión del entrevistado. Como señala Llavona (1995, pág. 102)<sup>2</sup> «la regla de oro para conseguir información en la entrevista es preguntar lo que se desea saber hasta que las respuestas del cliente aclaren por completo el punto en cuestión».

Habría que huir de tecnicismos que dificultan la comprensión del usuario y la familia. Esta recomendación es de especial consideración al principio de la relación pero según va avanzando el proceso de rehabilitación en natural que los usuarios vayan incorporando a su lenguaje términos técnicos que van escuchando de los profesionales. Habría que asegurarse que cuando se utilizan estos vocablos se hace adecuadamente y que los usuarios comprenden el significado de los tecnicismos para de no ser así, enseñarles los significados correctos.

Las entrevistas de evaluación iniciales deberán no solo recoger información para la formulación de un plan de rehabilitación, sino que deberán atender a otros objetivos complementarios, pero no por ello menos importantes. El enganche al proceso de rehabilitación es el principal objetivo a conseguir en los primeros contactos del usuario y la

familia con el dispositivo y que se podría concretar en, entre otros, en los siguientes aspectos:

- Crear las bases para construir una adecuada alianza terapéutica que será un factor esencial en el desarrollo del proceso de rehabilitación.
- Ir ajustando expectativas ya que el usuario o la familia pueden plantear demandas desajustadas, no sólo porque éstas sean excesivas sino también por poder ser demasiado pobres.
- Explicar diferentes aspectos del servicio, centro o programa de rehabilitación en el que acaban de ser incorporados. Enseñar las instalaciones, presentar a los profesionales, explicar las normas de convivencia, enseñar los procedimientos de participación o crítica al centro, etc. son algunas de las actuaciones que se debe acometer en las primeras entrevistas de evaluación.
- Mostrar la rehabilitación psicosocial como un proceso que requiere la participación activa de los usuarios y sus familias para su buen desarrollo
- Mostrar el estilo profesional que va dominar durante el proceso de rehabilitación psicosocial y que se plasmaría en una relación profesional-usuario más equilibrada en términos de poder, de participación del afectado y de toma de decisiones. Incluso se propone un enfoque profesional en el que se fomente que los propios pacientes formulen sus objetivos personales y las intervenciones para conseguirlos <sup>9</sup>.

Una cuestión a señalar es la pertinencia o no de tomar notas en la entrevista. El no tomarlas hace la entrevista más fluida y no se producen tantos silencios que pueden resultar incómodos para el usuario. Sin embargo parece que el método idóneo es recoger notas durante la entrevista (explicando el por qué se cogen esas notas) y completarlas una vez finalizada la entrevista con anotaciones de cuestiones que hayan quedado en el tintero o requieran aclaraciones para preguntarlo en la próxima entrevista.

La duración y frecuencia de las sesiones de entrevista habrá que adaptarlas a las características y circunstancias del usuario y la familia. Lógicamente, usuarios con capacidades cognitivas afectadas, o con altos componentes de ansiedad, o con gran fatigabilidad, deberán tener sesiones cortas. Usuarios o familiares con dificultades para acudir al dispositivo de rehabilitación tendrán una frecuencia de sesiones menor que aquellos con facilidad de acceso. La norma a seguir es la de ser lo suficientemente flexibles para adaptar el ritmo de evaluación a las características de cada caso y huir de procedimientos estandarizados y rígidos que pueden entorpecer la vinculación del usuario y su familia al proceso de rehabilitación. Por otro lado, la características del servicio y en concreto la presión asistencial a la que esté sometido, también influirán en la frecuencia y duración de las entrevistas de evaluación.

Durante la entrevista puede ocurrir que el sujeto dé respuestas inadecuadas a las cuestiones planteadas. Es importante no pasar este hecho por alto e intentar que modifique ese funcionamiento. Se trataría de señalar al sujeto esa respuesta como inadecuada, eliminar cualquier reforzador que estuviese operando (por ejemplo la atención), enseñar al sujeto a emitir respuestas ajustadas y reforzar las ejecuciones correctas. La misma consideración debe darse a

otros comportamientos inadecuados en la entrevista: faltar o llegar tarde a la cita, insultar, menospreciar, arrojar objetos, gritar, etc. Estas conductas deben ser analizadas y plantear intervenir sobre ellas. La falta de cooperación del paciente o su familia en las entrevistas de evaluación pueden deberse a que el profesional no ha sido capaz de hacerles cooperar, con frecuencia por las propias aptitudes del entrevistador, o que las metas u objetivos de la relación no están clarificados<sup>14</sup>.

Para facilitar un desarrollo positivo de las entrevistas de evaluación es aconsejable introducir en las sesiones facilitadores de respuestas adecuadas o que dispongan al paciente a que narre sus experiencias. Algunas recomendaciones generales se presentan a continuación:

- Establecer una estructura clara, definida y consensuada con el paciente de cómo van a ser y cuánto van a durar las sesiones de evaluación.
- Asegurar la confidencialidad y la custodia de la información.
- Si durante la entrevista se toman notas se explicará la finalidad de éstas.
- Mostrar una actitud no crítica y sí empática hacia la situación, circunstancias, funcionamiento y sufrimiento que relate tanto el paciente como sus familiares. Esta actitud empática del profesional es situada por la mayoría de los autores como un elemento esencial para una relación positiva profesional-afectado.
- Explicar y consensuar la pertinencia y necesidad de las entrevistas de evaluación en sí, de la utilidad de las cuestiones planteadas y de la conveniencia de poder entrevistar a otras personas significativas del entorno del paciente.
- Señalar la relación entre ciertos comportamientos y las repercusiones que éstos tiene sobre la vida del usuario. Así, si estamos entrevistando a un paciente sobre sus hábitos de higiene habría que hacerle entender la relación que existe entre, por ejemplo, una mala higiene y la menor probabilidad de conseguir un trabajo. Mostrar esta relación al usuario hace que éste comprenda mejor la pertinencia de las cuestiones a las que tiene que responder.
- Ser flexible en el desarrollo y contenido de las sesiones pero sin alejarse demasiado del objetivo o foco de la entrevista.
- Desplegar habilidades de terapeuta que refuercen, instiguen y favorezcan la narrativa del paciente.
- Ajustar la forma de la pregunta a las características del entrevistado o a los diferentes momentos o cuestiones de la entrevista. Así las preguntas abiertas facilitarían unas respuestas más amplias, con mucha información pero no necesariamente precisa. Las preguntas cerradas nos ofrecerían aclaraciones concretas sobre aspectos del relato del entrevistado o ayudarían a responder a personas que tuviesen dificultades para dar respuestas amplias a preguntas abiertas. Una combinación de ambos tipos de preguntas puede ser pertinente en la mayoría de los casos y como regla general las preguntas abiertas se utilizarían para el desbroce de las áreas a explorar y las cerradas para operativizar o concretar los comportamientos que configuran cada área explorada.
- Evitar las interrupciones en las sesiones.



- No despreciar o pasar por alto pequeños cambios en el funcionamiento del paciente y señalar al usuario como máximo responsable de esos cambios con el objetivo de ir potenciando en él un sentido de competencia o de control sobre su vida.
- Instigar y reforzar propuestas de cambio, deseos, objetivos o motivaciones que muestre el paciente. Lo mismo respecto a expresiones críticas hacia la atención recibida en cualquiera de sus vertientes (horario, retrasos, trato de los profesionales, canales de participación, idoneidad de las intervenciones, etc.).

Las entrevistas en la evaluación inicial en rehabilitación psicosocial suelen adoptar un formato semiestructurado lo cual permite ir haciendo un repaso sistemático de las diferentes áreas a explorar de una forma adaptada a las circunstancias del usuario y la familia. Esta flexibilidad facilita que el entrevistado pueda aportar información no predeterminada como sería el caso de una entrevista cerrada y que la entrevista tenga un tono más «natural» en la sesión y no tanto de interrogatorio que puede ser interpretado de una forma más aversiva por el sujeto. La dinámica de la entrevista de evaluación iría desde los aspectos o áreas más generales hacia los aspectos más particulares, centrándose más en aquellas áreas que presentan mayor deterioro o gravedad.

El entrevistador debe adoptar un estilo directivo pero con la suficiente flexibilidad para que el sujeto no se sienta incómodo durante las sesiones. Como regla general se plantea que las primeras entrevistas sean más abiertas y poco directivas con el objetivo de dar más participación al usuario y su familia y permitan, si es necesario, cierta expresión o desahogo emocional. Con el tiempo estas entrevistas deberán tornarse más estructuradas y directivas para dar cumplimiento al objetivo del entrevistador de recabar información.

Una «Guía de Entrevista», en formato semiestructurado, suele ser un instrumento de uso cotidiano por los entrevistadores en rehabilitación. Esta guía se suele confeccionar a medida del servicio o programa donde va a ser utilizada y suele ser complementada con instrumentos estandarizados de evaluación. Su estructura ha de ser completa en el sentido de que abarque todos los aspectos que se consideran imprescindibles para la integración social y funcionamiento autónomo de los usuarios. Sin embargo, durante la evaluación inicial, su contenido no podrá ser muy exhaustivo o detallado, ya que provocaría una duración excesiva de esta fase. Aunque la combinación de evaluación inicial e intervención es frecuente, no parece muy recomendable tener al paciente y a su familia durante muchas semanas en un proceso de evaluación exhaustiva sin tener definidos, aunque sea de forma grosera, unos objetivos de rehabilitación. Esta falta de concreción de las áreas de funcionamiento no debería preocupar al profesional ya que los procesos de rehabilitación suelen ser largos y obligan, a largo del devenir de la rehabilitación, a profundizar en la exploración de esas áreas y a reformular los objetivos propuesto inicialmente. Los contenidos esenciales que se explorarían en las entrevistas iniciales de evaluación son:

- Demandas del usuario y de la familia: es interesante conocer las diferentes aspiraciones y objetivos de cambio que se propone el usuario y la familia.

- Compromiso: grado de implicación y motivación para el cambio que muestran tanto el usuario y la familia. Se explorarían aspectos referidos a la futura implicación de los usuarios y la familia en el proceso de rehabilitación. Aquí el papel de la familia es esencial en el sentido que una familia comprometida y que sigue instrucciones de los profesionales va a jugar un papel importante en la recuperación de su familiar afectado.
- Historia biográfica: se trataría de tener un relato vital del usuario y de la familia en el que contextualizar en el espacio y en el tiempo la situación y circunstancias actuales del paciente y su familia.
- Aspectos relacionados con el manejo de la enfermedad: conciencia de enfermedad, manejo de la medicación, ansiedad, funcionamiento cognitivo, consumo de drogas, habilidades de afrontamiento a los síntomas, pródromos, etc.
- Áreas vitales: se deberá hacer un desbroce de las diferentes áreas que conformarían la vida en la comunidad: relación sociales, habilidades domésticas, autocuidados, integración comunitaria, relaciones familiares, ocio, laboral, etc. En cada una de estas áreas se debería explorar el nivel de funcionamiento previo a la enfermedad. Esta información puede ser utilizada para, junto a otros elementos, determinar el grado de recuperación y por ende los objetivos que se podrán ser propuestos en el Plan Individualizado de Rehabilitación. Además el funcionamiento premórbido en relación al actual nos ofrece una medida del grado de consolidación que presenta el funcionamiento actual y explicar algunas de las dificultades para el cambio que podemos ir encontrando durante el proceso de rehabilitación.

En la exploración de los aspectos anteriores se debería tener especial cuidado en:

- No repetir preguntas que ya han sido formuladas en otros servicios o por otros profesionales y cuya información podemos conseguir por otros medios (informe de derivación, coordinación entre profesionales, documentación, etc.). Hay que entender que frecuentemente estás personas han pasado ya por muchos recursos y profesionales donde han ido respondiendo a preguntas similares a lo largo de mucho tiempo.
- No centrar la entrevista de evaluación en los aspectos clínicos de la enfermedad. La evaluación en rehabilitación psicosocial es diferente a la que hay que hacer para el diagnóstico psiquiátrico<sup>10</sup>. Centrarse en los aspectos clínicos de la enfermedad conlleva que no se está realizando la exploración propia de la rehabilitación psicosocial y que además el paciente y su entorno no perciban que la rehabilitación opera sobre otros aspectos de la enfermedad diferentes a los síntomas. Los aspectos de la enfermedad que sí pueden tener relevancia para la rehabilitación son los referidos a las capacidades de manejo y afrontamiento del usuario en cuestiones como la autonomía en la toma de la medicación, las habilidades de relación del paciente con el psiquiatra, las estrategias de afrontamiento personal de los síntomas o de la ansiedad, las capacidades de detección de pródromos, los comportamientos de riesgo de crisis, etc.

- En cada una de las áreas de funcionamiento exploradas el entrevistador deberá sondear los deseos de cambio o mejora del sujeto. Con esta estrategia iremos completando un mapa de motivaciones más operativo para utilizarlo posteriormente en la elaboración del plan de rehabilitación y durante el proceso de evaluación.
- La información dada por el paciente debe ser complementada por otra que nos den personas de su entorno. Lo más habitual es que estos otros informantes sean familiares pero no se debe desechar a otras posibles fuentes de información: amigos, profesionales sanitarios, profesores, etc. A los familiares directos, con los que convive el usuario, se deberá entrevistar con el objetivo complementario de conseguir con ellos una buena relación y enganche que facilite el futuro desarrollo de todo el proceso de rehabilitación.
- Hay que tener especial cuidado en saber con antelación a las entrevistas con el paciente áreas especialmente aversivas o problemáticas para éste. Al menos en los primeros momentos de la relación profesional-usuario es conveniente no abordarlas o tratarlas superficialmente y retomar estas cuestiones escabrosas en el futuro cuando no sean una amenaza para el enganche con el usuario.
- Cuidar que el usuario y su familia sientan que pueden hablar con libertad y elaborar su propio «relato», sin interrupciones continuas del profesional o sometidos a un exagerado número de preguntas.
- No mezclar en la entrevista cuestiones referidas a la evaluación en sí con consejos o instrucciones profesionales sobre el área que se está explorando<sup>4</sup>. Parece más indicado diferenciar claramente si se está en un momento de evaluación o de intervención.

Para complementar la información obtenida en las entrevistas es frecuente recurrir a otros métodos de evaluación que de forma combinada permite una recogida de información más objetiva y extensa. Se establecerá un mayor rango de técnicas de evaluación en función del propósito de la evaluación y de la disponibilidad de tiempo y de otros colaboradores (profesionales, familiares, etc.)<sup>16</sup>:

- La observación: nos permite recoger información directa del funcionamiento del usuario y la familia. Esta observación la podemos realizar en diferentes contextos: durante la propia entrevista, en la sala de espera, en algún grupo, en el domicilio del usuario, en la calle, etc. Se pueden utilizar a otros observadores previo adiestramiento de los elementos y formas de observar (profesionales, familiares, voluntarios, etc.). Aunque la observación puede estar mediada por el hecho de ser y sentirse observado, parece una medida muy fiable del funcionamiento del usuario. Puede ser especialmente útil para complementar la evaluación de las habilidades sociales con grupos de iguales (observación en sala de espera o grupos, por ejemplo) o con familiares (observación en sesión de entrevistas conjunta de usuario y familia, y en el domicilio). La observación está especialmente indicada cuando el usuario es poco participativo<sup>11</sup>, incapaz de responder adecuada y fiablemente a entrevistas, o se muestra poco colaborador.

- El registro: nos daría una medida cuantitativa de la ejecución de uno o varios comportamientos (en frecuencia, intensidad, duración y/o pertinencia). Debe ser diseñado por el profesional o en colaboración con el usuario, y puede ser cumplimentado por el propio usuario, su familia, otros profesionales, etc. Se debe asegurar que el registro es pertinente o útil, que es entendido por la persona que lo va a cumplimentar y que no es excesivamente costoso de rellenar.
- Las escalas y cuestionarios: instrumentos estandarizados que se desarrollarán en otros capítulos de este manual.

Como ya se ha señalado anteriormente, las entrevistas de evaluación inicial, no deben prolongarse excesivamente y deberán finalizar cuando se tengan suficientes datos como para formular una propuesta de plan individualizado de rehabilitación. La fórmula utilizada para finalizar las entrevistas de evaluación inicial es comentando al usuario y la familia que ya se tienen datos suficientes para la confección del Plan Individualizado de Rehabilitación y adelantando que en el futuro será necesario profundizar en algunos temas para poder definir la intervención.

## Bibliografía

1. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. Habilidades de entrevista para psicoterapeutas. Desclée de Brouwer. Bilbao, 2002.
2. Llavota Uribe Larrea LM. La entrevista conductual. En Labrador F, Cruzado JA y Muñoz M (ed) Manual de Técnicas de Modificación de Conducta. Ed Pirámide, 1995; pp. 71-114.
3. Wachtel PL. La comunicación terapéutica. Principios y práctica eficaz. Desclée de Brouwer. Bilbao, 1996.
4. Knapp ML. La comunicación no verbal. El cuerpo y el entorno. Paidós Comunicación. Barcelona, 2001.
5. Argyle M. Bodily Communication. International Universities Press. New York, 1975.
6. Laplanche J, Pontalis J-B. Diccionario de Psicoanálisis. Labor. Barcelona, 1993.
7. Moliner M. Diccionario de uso del español. Tomo II. Gredos. Madrid, 1994.
8. Safran JD, Muran JCh. La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional. Desclée de Brouwer. Bilbao, 2005.
9. Rodríguez González A (Coord.): «Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos». Madrid: Editorial Pirámide S.A., 1997.
10. Fernández J, González Cases J, Mayoral F, Touriño R. Evaluación funcional en rehabilitación psicosocial. Métodos e instrumentos. En Gisbert Aguilar C (coord.): Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Madrid: AEN 2003, pp. 57-106.
11. Fernández Blanco JJ, Fernández y Fernández J, González Cases J y Orviz García S. Consideraciones sobre el Plan Individual de Rehabilitación de personas con trastornos mentales crónicos. Revista de la AMRP 2002; 8(14): 5-9.
12. Kuehnel TA, Liberman RP. Functional Assessment. En Liberman RP (ed). Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients. American Psychiatric Press 1988, pp. 59-116.
13. Liberman RP. Handbook of psychiatric rehabilitation. New York, Pergamon Press (Elsevier) 2001.
14. Beck A, Freeman y cols. Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad. Barcelona, Ed Paidós 1995.
15. Otero V. Plan Individualizado de Rehabilitación. En Rebolledo S (ed) Rehabilitación psiquiátrica. Universidad de Santiago de Compostela 1997, pp. 93-96.
16. Hall JN. Psychological Assessment. En Wing JK, Morris B (com) Handbook of psychiatric rehabilitation practice. Oxford University Press 1981.
17. Liberman RP. Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Barcelona, Ed Martínez Roca 1993.



# Capítulo 5. Evaluación del Riesgo de Suicidio

Natalia Benítez Zarza

## 1. Introducción: importancia del suicidio

El suicidio es una de las causas de muerte más frecuentes en el mundo.

En el año 2001 la mortalidad por suicidio supuso un 1,4% del total de los fallecimientos, lo que situó al suicidio por encima de otras causas violentas de muerte como los homicidios o las guerras. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), basadas en las tendencias actuales, el suicidio aumentará en los próximos años, así, en el año 2020 más de un millón y medio de personas fallecerán por esta causa, y de 10 a 20 veces más personas realizarán alguna tentativa suicida.

A pesar del avance científico en psiquiatría y en psicofarmacología, en los últimos 50 años el porcentaje de suicidio ha aumentado aproximadamente un 60% (OMS, 2006).

En 1999 la Organización Mundial de la Salud puso en marcha el Programa SUPRE (SUICIDE PREVENTION) como una iniciativa a escala mundial para la prevención del suicidio. Desde ese año hasta la fecha, la OMS ha realizado numerosas publicaciones, en el marco del SUPRE, dirigidas a todas las personas y colectivos que, directa o indirectamente están implicados en la prevención y tratamiento del comportamiento suicida: profesionales de la salud, educadores, agencias sociales, gobiernos, legisladores, comunicadores sociales, funcionarios judiciales, familias y comunidades. Este amplio proyecto pone de manifiesto la gran complejidad del fenómeno del suicidio y la necesidad de un abordaje interdisciplinar y comunitario.

Durante el año 2006, el Día Mundial de la Salud Mental se dedicó enteramente a abordar la problemática del suicidio. La Federación Mundial de la salud Mental (WFMH, siglas en inglés) en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la OMS y otras organizaciones no gubernamentales, llevaron a cabo una campaña informativa con el fin de concienciar a la población sobre la elevada prevalencia del suicidio entre las personas que padecen enfermedad mental. Con esta campaña se pretendía llamar la atención sobre el hecho de que el suicidio suele ser una consecuencia de la falta de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales graves, tales como la depresión o la esquizofrenia.

Sumándose a esta iniciativa, la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) publicó en el 2006 una guía sobre el suicidio con el siguiente lema: «Enfermedad mental y Suicidio», con el objetivo de concienciar a la población sobre este grave problema de salud aportando pautas de actuación para su prevención.

Estos datos llevan a considerar al suicidio como uno de los principales problemas de salud pública mundial y justifican la preocupación de los profesionales de las ciencias de la salud, fundamentalmente de la salud mental, por

conocer mejor este fenómeno sumamente complejo, y por mejorar las estrategias para su prevención y tratamiento.

## 2. La conducta suicida y su prevalencia en personas con trastornos mentales severos

Entre las múltiples definiciones y clasificaciones que se pueden encontrar en la literatura sobre la conducta suicida, se propone la clasificación realizada por O'Carroll y col. (1996), como un intento de describir operativamente las distintas conductas relacionadas con el suicidio:

1. *Suicidio o suicidio consumado*: muerte derivada de lesión, envenenamiento o asfixia mecánica, con evidencia, explícita o implícita, de que fue autoinflingida y de que el fallecido tenía intención de matarse.
2. *Tentativa de suicidio*: comportamiento potencialmente autolesivo sin resultado letal, en el que hay alguna evidencia, explícita o implícita, de que el sujeto tenía alguna intención de matarse. La tentativa pudo haber tenido o no consecuencias lesivas. (Añade el concepto de *Tentativa de suicidio con lesiones*).
3. *Actos suicidas*: comportamientos potencialmente autolesivos en los que existe evidencia, explícita o implícita, de que el sujeto tenía alguna intención de matarse. Un acto suicida puede tener como resultado el fallecimiento, lesiones o ninguna lesión.
4. *Comportamiento instrumental relacionado con el suicidio* (o parasuicidio): comportamiento potencialmente autolesivo para el que existe evidencia explícita o implícita de que el sujeto: a) no tenía intención de matarse, y b) pretendía conseguir otro objetivo (ayuda, castigar a otros, atención).
5. *Amenaza suicida*: cualquier comportamiento, verbal o no verbal, interpretable como insinuación de que podría tener lugar en un futuro próximo un acto suicida o un comportamiento relacionado con el suicidio.
6. *Ideación suicida*: cualquier manifestación del sujeto que exprese el pensamiento de llevar a cabo un comportamiento relacionado con el suicidio

En el ámbito de la Rehabilitación Psicosocial, el comportamiento suicida puede ser considerado, no de forma transversal, como un «momento agudo» de la enfermedad, sino de forma longitudinal, conceptualizándolo como una pérdida progresiva y crónica de salud (Rodríguez Pulido, 2003) lo que hace necesaria una evaluación continua a lo largo del tiempo.

La elevada correlación existente entre el suicidio y la enfermedad mental es un hecho ampliamente aceptado. Tanto en los estudios sobre suicidio consumado (Dorpat y Ripley, 1960; Barraclough *et al.*, 1974; Arató *et al.*, 1988; Rich *et al.*, 1988) como en los relativos a intentos de suicidio

grave (Vieta *et al.*, 1992) se observa que más del 95% de los sujetos que muestran un comportamiento suicida padecen algún trastorno mental. Algunas de las investigaciones que relacionan el suicidio con diferentes trastornos psiquiátricos (Tabla I) muestran porcentajes de suicidio variables, probablemente debido a la utilización de distintos criterios diagnósticos, más o menos restrictivos, a la selección de muestras sesgadas, a diferentes períodos de seguimiento, y a otros problemas metodológicos. En cualquier caso, la mayoría de los autores coinciden en que son los trastornos afectivos, fundamentalmente la depresión, los más frecuentes en las muestras de suicidio consumado, seguidos del alcoholismo y otras toxicomanías y, posteriormente, de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. (Nieto y Vieta, 1997).

No obstante, autores como Sartorius y col. (1987) consideran que la esquizofrenia, por su cronicidad, comorbilidad frecuente con trastornos cognitivos y depresivos, su mal pronóstico y el progresivo desgaste de los recursos del paciente y su entorno, constituye una entidad cuyo riesgo de suicidio es equiparable a los trastornos afectivos mayores.

TABLA 1. Incidencia del suicidio en individuos con diferentes diagnósticos psiquiátricos

	TRASTORNOS AFECTIVOS	ALCOHOLISMO	ESQUIZOFRENIA	TRASTORNOS PERSONALIDAD
Miles, 1977	15-20%	15-18%	10%	5-10%
Lejoyeux, 1994	64%	15%	3%	
Inskip, 1998	6%	7%	4%	

Un análisis más específico de la conducta suicida en la esquizofrenia, aporta, igualmente, una gran variabilidad, (Tabla II) encontrando en la literatura porcentajes de suicidio consumado que van desde el 4% (Kaplan, 1989; Inskip, 1998) hasta el 15% (Caldwell *et al.*, 1992) y porcentajes de tentativas suicidas del 20% (Mayer Gross, 1974; Kaplan, 1989; Modestin, 1992) hasta el 50% (Pecenyi, 2005). En la tabla II se muestran los porcentajes de suicidio consumado y de tentativas suicidas en pacientes con esquizofrenia según diferentes autores.

TABLA 2. Porcentaje de suicidio consumado y de tentativas suicidas en pacientes esquizofrénicos según diferentes autores

AUTORES	% SUICIDIO CONSUMADO	% TENTATIVAS SUICIDIO
Mayer-Gross, 1974		20%
Miles, 1977	10%	
Kaplan, 1989	4%	20%
Modestin, 1992		20-40%
Caldwell y Gottesman, 1992	10-15%	
Inskip, 1998	4%	
Meltzer, 1999	9-13%	
Gutiérrez Rodríguez, 2000		34,7%
Palmer, 2005	4,9%	
Perenyi, 2005	9-13%	50%
Pompili, 2007	5-13%	

El suicidio constituye la principal causa de muerte no natural entre las personas diagnosticadas de esquizofrenia y otros trastornos mentales severos. De hecho es la complicación más seria y grave entre de la población atendida en los distintos dispositivos de Rehabilitación Psicosocial (esquizofrenia, otras psicosis, trastornos afectivos...) por lo que parece necesario desarrollar y aplicar técnicas y protocolos de evaluación de la conducta suicida, adaptados a las características de esta población. así como estrategias terapéuticas que permitan su prevención. Llama la atención la escasa bibliografía sobre la evaluación del suicidio en el ámbito de la Rehabilitación Psicosocial, por lo que se plantea la necesidad de fomentar la investigación en este ámbito.

### 3. Factores de riesgo de suicidio asociados a la esquizofrenia: Sociodemográficos y clínicos

En la evaluación del comportamiento suicida de las personas con un trastorno mental severo es importante conocer los factores de riesgo asociados a dicho comportamiento. Factores relacionados con las características sociodemográficas de la población atendida así como factores clínicos, más individualizados. El conocimiento de estas variables, si bien no basta para la prevención del comportamiento suicida, permite identificar diferentes grupos de riesgo y orienta al profesional en la fase inicial del proceso de evaluación sobre la probabilidad de ocurrencia de la conducta suicida, por lo que permite establecer estrategias de intervención temprana.

Algunos de los factores *sociodemográficos* y *clínicos* más frecuentemente relacionados con el riesgo suicida en personas con esquizofrenia se comentan a continuación (Tabla III).

#### 3.1. Factores sociodemográficos

##### Género

Al igual que ocurre en la población general, existe un mayor riesgo de suicidio consumado entre los varones con esquizofrenia. Los suicidios consumados en mujeres esquizofrénicas han experimentado un aumento relativo en relación con la población general y con otras patologías (Hawton *et al.*, 1988). En cuanto al riesgo de cometer tentativas de suicidio, en la población general es más frecuente en mujeres, sin embargo, en muestras de pacientes con esquizofrenia, no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres (Roy *et al.*, 1984; Drake *et al.*, 1986a).

Especialmente entre los varones, predominan los métodos de suicidio altamente letales (suspensión, defenestración) con escasa ambivalencia respecto al deseo de muerte y con escasas posibilidades de rescate, a diferencia de los métodos utilizados por la población general (Drake, 1986a; Modestin *et al.*, 1990; Asnis *et al.*, 1993.)

##### Edad

Diversos autores coinciden en señalar que el suicidio en la población esquizofrénica ocurre mayoritariamente en personas jóvenes (Roy, 1982; Allebeck, 1987; Appleby,

1992; Nieto *et al.*, 1992). Al contrario de lo que sucede en la población general, el riesgo de suicidio en la esquizofrenia desciende con la edad. Para los varones, algunos autores sitúan el período de mayor riesgo entre los 20 y los 39 años mientras que para las mujeres está entre los 30 y los 39 años (Caldwell *et al.*, 1992).

## Estado civil

Algunos autores (Drake *et al.*, 1984; Caldwell *et al.*, 1992; Appleby, 1992) han señalado el estado civil de soltero como un factor de riesgo de suicidio en la esquizofrenia, al igual que ocurre en la población general. Sin embargo, para autores como Breier (1984), al ser ésta una característica muy frecuente en el global de los pacientes esquizofrénicos, no posee características predictivas. Otros autores relacionan el riesgo suicida con el estado de separado o viudo (Rodríguez, 1999) así como con el aislamiento social o el vivir solo.

## Situación laboral

En múltiples estudios se ha considerado el desempleo como una característica típica del paciente esquizofrénico suicida (Drake, 1986a; Appleby, 1992; Ros, 1997). Sin embargo, algunos autores (Harkavy-Friedman *et al.*, 1999) consideran controvertidas las conclusiones acerca de la situación laboral y también del estado civil. Tanto el desempleo como estar soltero son características muy frecuentes en la población esquizofrénica global, por lo que serían necesarias investigaciones más exhaustivas sobre estas variables para aclarar su validez como factores de riesgo de suicidio.

En esta línea, autores como Reid (1998) señalan que el desempleo y el estado civil de soltero podrían ser indicadores de un deterioro funcional más grave producido por la enfermedad, gravedad que en sí misma, ha sido considerada un factor de riesgo de suicidio.

## Nivel educativo y adaptación premórbida

En general se asocia a un mayor riesgo de suicidio una buena adaptación premórbida (Pompili *et al.*, 2007) y un buen nivel educativo (Drake *et al.*, 1984; 1985; Gracia Marco *et al.*, 2004). Sin embargo, en algunos estudios se concluye que el comienzo más temprano de la enfermedad, lo que conlleva un menor nivel educativo y peor adaptación premórbida, se asocia a un mayor riesgo de suicidio (Modestin *et al.*, 1992).

## Antecedentes familiares de suicidio

Los antecedentes familiares de suicidio parece que aumentan el riesgo de tentativas de suicidio en una gran variedad de trastornos, entre los que se incluye la esquizofrenia (Roy, 1983).

### 3.2. Factores clínicos

#### Tiempo de evolución

Existe acuerdo entre los autores en situar el mayor riesgo de suicidio durante los diez primeros años de enferme-

dad. Este riesgo va disminuyendo posteriormente, sin llegar a desaparecer por completo (Caldwell *et al.*, 1992).

En cuanto a los momentos de mayor riesgo de suicidio durante la enfermedad, diferentes autores coinciden en que son los primeros días de ingreso en el hospital y los días en torno al alta hospitalaria. (Roy, 1982; Ros, 1997; Pompili *et al.*, 2005).

## Tentativas de suicidio previas

Una gran mayoría de investigaciones concluyen que los antecedentes de tentativas de suicidio constituyen un factor de riesgo importante para el suicidio consumado (Cotton *et al.*, 1985; Allebeck *et al.*, 1987; Modestin *et al.*, 1992; Taiminen *et al.* 1994; Rossau *et al.* 1997; Hawton *et al.*, 2005), incluso en algunos trabajos como en el de Shaffer (1974) aparece como el factor predictor más potente de suicidio consumado.

## Cumplimiento del tratamiento

En algunos estudios se pone de manifiesto la existencia de mayor riesgo de suicidio con un inadecuado cumplimiento del tratamiento (Hawton *et al.*, 2005) y en otros se relaciona la actitud negativa hacia el tratamiento de los pacientes esquizofrénicos con un mayor riesgo suicida (Virkkunen, 1976). Para algunos autores (Heilä *et al.*, 1999) la falta de cumplimiento del tratamiento no es un factor de riesgo específico para el suicidio en la esquizofrenia, pero desempeña un papel importante en la aparición de otros factores de riesgo, tales como el aumento de las recaídas y de la frecuencia de ingresos hospitalarios.

## Consumo de tóxicos

La mayoría de los estudios asocian el alcoholismo y el consumo de tóxicos con un mayor riesgo de suicidio en pacientes esquizofrénicos (Dassori *et al.*, 1990; Allebeck *et al.*, 1987; Kamali *et al.*, 2000; Hawton *et al.*, 2005; Pompili *et al.*, 2004) a pesar de que algunos autores obtienen resultados contrarios, no encontrando diferencias significativas en el abuso de sustancias entre los pacientes esquizofrénicos suicidas y los controles (Cohen *et al.*, 1994; Rossau *et al.*, 1997).

## Depresión y desesperanza

La existencia de síntomas depresivos, en la esquizofrenia es un hecho constatado desde la psiquiatría clásica hasta la actualidad. Algunos autores (Siris, 1995) señalan que la depresión en la esquizofrenia es un fenómeno frecuente en el curso longitudinal de la enfermedad, asociándose este fenómeno con ideación suicida, tentativas de suicidio y suicidio consumado.

Los síntomas que permiten identificar mejor la depresión en los pacientes esquizofrénicos son los de tipo cognitivo; como la desesperanza, la desesperación, las ideas de culpa y la ideación suicida (Drake *et al.*, 1984; Becker, 1988).

Diversos autores han resaltado la importancia de la desesperanza como factor de riesgo de suicidio. Incluso algunos concluyen que si no existe desesperanza, desaparece la relación entre la depresión y el suicidio (Beck *et al.*, 1985; Drake *et al.*, 1986b).

### Conciencia de enfermedad

Uno de los síntomas más característicos de la esquizofrenia es la pobre conciencia de padecer un trastorno mental (pobre *Insight* o introspección). A pesar de existir datos contradictorios en la literatura, en general se relaciona un mayor riesgo de suicidio con el aumento de la conciencia de enfermedad, dado que éste se asocia a una mayor desesperanza. (Drake *et al.*, 1984; Cotton *et al.*, 1985; Cohen *et al.*, 1990; Pompili *et al.*, 2004b). Generalmente los suicidios tempranos coinciden con una clara conciencia de enfermedad incapacitante y tras la remisión de la sintomatología aguda (Drake *et al.*, Cotton *et al.*, 1985; Cohen *et al.*, 1990)

### Curso deteriorante de la enfermedad y mayor número de recaídas e ingresos

Algunas de las características que se han señalado como factor de riesgo de suicidio en la esquizofrenia son, el padecimiento de una enfermedad más grave y deteriorante, con escasa respuesta al tratamiento, inicio tórpido, curso crónico y recaídas frecuentes, lo que conlleva mayor número de ingresos hospitalarios y mayor desadaptación social (Roy, 1982; Dassori *et al.*, 1990; Gracia Marco *et al.*, 2004).

Nyman (1986) propuso que los pacientes esquizofrénicos que se suicidan tienen una enfermedad con las siguientes características: resistencia al tratamiento, mayor número de recaídas e ingresos, mayor dependencia social y eficiencia disminuida.

En la misma línea, Modestin (1992) identificó el siguiente perfil de paciente esquizofrénico suicida: inicio temprano de la enfermedad, curso grave, mayor número y duración de ingresos, antecedentes de tentativas previas, presencia frecuente de un modelo suicida en su entorno, y ausencia de acontecimientos vitales como desencadenantes del suicidio.

Con respecto a los ingresos hospitalarios, un 40% de pacientes se suicidan durante la hospitalización. El suici-

dio fuera del hospital predomina en pacientes que son dados de alta sin su consentimiento o con un inadecuado programa de integración (Nyman *et al.*, 1986).

### Sintomatología psicótica

Los datos que relacionan la sintomatología psicótica, especialmente las alucinaciones y los delirios, con el riesgo de suicidio son poco concluyentes, existiendo diversidad de opiniones al respecto. Algunos autores encuentran relación entre los síntomas psicóticos y un mayor riesgo de suicidio en los pacientes esquizofrénicos (Addington *et al.*, 1992; Nieto *et al.*, 1992; Heilä *et al.*, 1997). Otros relacionan el riesgo de suicidio más concretamente con la sintomatología delirante y la suspicacia (Fenton *et al.*, 1997; Messias *et al.*, 2001) Otros, sin embargo, no hayen relación entre los delirios y el comportamiento suicida (Grunebaum *et al.*, 2001). Autores como Funahashi resaltan la importancia de las «alucinaciones auditivas comandatorias hacia el suicidio», no encontrando relación con otros síntomas psicóticos. (Funahashi *et al.*, 2000).

### Sintomatología negativa

Andreasen, en 1982, definió lo que actualmente conocemos como sintomatología negativa de la esquizofrenia. (Andreasen, 1982). Entre otros, estos síntomas son: la apatía, la abulia, la anhedonia, la alogia, el embotamiento afectivo y los déficits atencionales.

El principal problema que surge en relación a la identificación de estos síntomas en el trastorno esquizofrénico es la dificultad para diferenciarlos de los síntomas depresivos. Ambos tipos de síntomas están íntimamente relacionados. Así, Roy (1983) encuentra que los pacientes con episodios depresivos presentan más síntomas negativos señalando que la sintomatología negativa puede ocasionar una serie de consecuencias sociofamiliares que conducen a un progresivo abandono social y laboral, lo cual puede generar sintomatología depresiva. Algunos autores concluyen que, síntomas negativos como la indiferencia respecto al futuro y el afecto embotado (Fenton *et al.*, 1997) o como el afecto embotado y la retirada emocional (Funahashi *et al.*, 2000) protegen frente al suicidio.

TABLA 3. Factores sociodemográficos y clínicos asociados al riesgo suicida en personas con esquizofrenia

Factores sociodemográficos	Factores clínicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Varón</li> <li>• Joven</li> <li>• Soltero, separado o viudo</li> <li>• Desempleado</li> <li>• Vive solo o socialmente aislado</li> <li>• Buena adaptación premórbida</li> <li>• Buen nivel educativo</li> <li>• Antecedentes familiares de suicidio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primeros diez años de enfermedad</li> <li>• Primeros días de ingreso en el hospital y días en torno al alta hospitalaria</li> <li>• Tentativas de suicidio previas</li> <li>• Escasa adherencia al tratamiento</li> <li>• Actitud negativa hacia el tratamiento</li> <li>• Alcoholismo y consumo de tóxicos</li> <li>• Depresión, desesperanza</li> <li>• Conciencia de enfermedad</li> <li>• Curso deteriorante de la enfermedad</li> <li>• Mayor número de recaídas e ingresos</li> <li>• Sintomatología delirante y suspicacia</li> <li>• Alucinaciones auditivas comandatorias hacia el suicidio</li> <li>• Menor sintomatología negativa</li> </ul>



Algunas de las dificultades que entraña la valoración del riesgo suicida, aún conociendo todos los factores de riesgo asociados a esta conducta serían, entre otras: (Hawton, 1987): que el suicidio es un fenómeno relativamente poco frecuente, con lo que resulta alto el número de falsos positivos; los factores de riesgo pueden ser de utilidad para identificar grupos de pacientes con alto riesgo, pero resultan poco útiles para identificar el riesgo suicida en un paciente en concreto. Existen factores de riesgo «a largo plazo» y a «corto plazo» que no tienen por qué ser iguales. Los factores de riesgo que se han establecido se han obtenido a partir de estudios que valoran el riesgo suicida a largo plazo, mientras que el clínico necesita valorar el riesgo de un paciente concreto en las próximas horas, días o semanas, por lo que estos factores de riesgo no parecen adecuarse a tales valoraciones. Por último, dos de las características propias de los factores de riesgo, «la variabilidad» a lo largo de la vida del paciente y la «no universalidad», reducen aún más su utilidad.

En consecuencia, para la valoración del riesgo suicida en un paciente en concreto, aún sabiendo que estamos hablando de un fenómeno en muchas ocasiones impredecible, resulta de suma importancia la evaluación exhaustiva y continua de las características particulares de cada paciente, de su entorno familiar y social más próximo, de su evolución clínica, de las características de la ideación o tentativas suicidas, de los factores estresantes específicos para ese paciente así como de los factores de protección para el suicidio.

#### 4. Evaluación funcional del riesgo de suicidio en Rehabilitación Psicosocial

Con el término *evaluación funcional* en rehabilitación psicosocial se alude a la evaluación del funcionamiento del individuo en las diferentes áreas vitales o en los diferentes roles sociales que desempeña en su medio. La evaluación y planificación de las intervenciones en este campo no se centra exclusivamente en las condiciones patológicas y en el desarrollo de los síntomas, como ocurre en el tradicional diagnóstico psiquiátrico. En rehabilitación psicosocial se evalúan las capacidades y habilidades que conserva la persona, los recursos de su entorno y las áreas de funcionamiento deficitarias susceptibles de cambio.

Tomando como referencia el esquema para la evaluación y rehabilitación integral del enfermo mental crónico que describen Kuehnel y Liberman (Kuehnel y Liberman, 1993) se propone una guía para realizar la evaluación del riesgo de suicidio en rehabilitación psicosocial, desde un enfoque funcional y conductual, (Tabla IV). Los aspectos a valorar serían: cribado y descripción de la conducta suicida; identificación de los antecedentes y de las consecuencias de la conducta suicida; motivación para el cambio y factores protectores y análisis de los recursos ambientales y personales.

##### 4.1. Identificación del problema: cribado y descripción de la conducta suicida

En primer lugar se debe detectar si el usuario presenta en la actualidad riesgo o no de realizar un acto suicida. En

el caso de que la respuesta sea afirmativa, se debe describir la conducta indicativa del riesgo:

- Tipo de ideación suicida: pasiva (desear no vivir, desear estar muerto, desear morir) o activa (querer matarse, planificar o pensar en cómo matarse).
- Tipo de tentativa, pasada o presente.

Los parámetros utilizados para describir estas conductas serían: la frecuencia, intensidad, duración y forma, que nos permitirían clasificar el riesgo suicida como leve, grave o muy grave. Según este análisis, se podrían establecer diferentes grupos de pacientes respecto a la inminencia de cometer un acto suicida: quienes no presentan ideación suicida tendrían un riesgo más bajo –como los de ideación pasiva–, mientras que los que presentan ideación activa tendrían un riesgo elevado; los de mayor riesgo serían los que pensaron en un método concreto o los que realizaron alguna tentativa (Clark et al., 1992).

Al mismo tiempo deben analizarse las capacidades y habilidades que presenta el usuario así como las áreas de funcionamiento deficitarias para identificar, por un lado, aquellas conductas que podrían aumentar su frecuencia y fortalecerse por ser alternativas positivas al comportamiento suicida, por ejemplo, aumentar las salidas de ocio, aumentar contactos sociales, etc. Y por otro, detectar las conductas que incrementan el riesgo de suicidio para disminuir su frecuencia, por ejemplo, el aislamiento social, conductas agresivas, pensamientos negativos y pesimistas, etc.

Con esta información se establecerán objetivos rehabilitadores, de manera consensuada con el usuario y con los familiares, reforzando positivamente los logros alcanzados.

##### 4.2. Análisis funcional de la conducta suicida (ideación y/o tentativas): establecimiento de los antecedentes y las consecuencias de la conducta

Con respecto a los antecedentes se debe determinar: ¿dónde tuvo lugar la conducta suicida (la ideación o la tentativa)?, ¿cuándo?, ¿con quién?, ¿qué acontecimientos pueden actuar cómo desencadenantes de la misma?, es decir, ¿cuáles son los factores de riesgo de suicidio para esta persona en concreto?

Con respecto a las consecuencias hay que conocer: ¿qué refuerzos o beneficios gana o pierde la persona si disminuye la frecuencia o intensidad de la conducta suicida?, ¿qué ocurriría si se ignorara?, ¿qué condiciones mantienen la ideación y/o las tentativas?

Se sabe que la intencionalidad de los individuos que cometen actos suicidas no siempre es la de matarse, y a veces ni siquiera la de hacerse daño (Hendin, 1965; Menninger, 1972;). De hecho, se describen otras intencionalidades conscientes para los actos suicidas (Moron, 1980), como son las de obtener de otros lo que no se ha podido obtener por otros medios; demandar atención ante una situación vivida como desesperada – real o irreal, presente o futura, física o social – agredir vengativamente a otros con la responsabilidad de su muerte, etc.



### 4.3. Motivación para el cambio y factores protectores.

Es fundamental evaluar el *insight* o capacidad de introspección del sujeto y su motivación para el cambio. ¿Es el sujeto consciente de que su ideación o tentativas suicidas suponen un grave problema? ¿En qué medida está dispuesto a reducir o eliminar estos comportamientos implicándose en las intervenciones terapéuticas?

Otro aspecto fundamental que se debe evaluar son los factores protectores, es decir, ¿qué factores han impedido la consecución del suicidio? (Tabla V).

### 4.4. Análisis de los recursos personales y ambientales.

Se deben establecer los recursos personales del usuario susceptibles de cambio: capacidad de aprendizaje de nuevas habilidades, capacidad de compensación de los déficits en habilidades, manejo de la sintomatología y prevención de recaídas.

Es importante analizar los recursos ambientales que favorezcan la motivación y la consecución de los objetivos de rehabilitación: familiares, lugares, actividades, reforzadores...

TABLA 4. Guía evaluación de la conducta suicida en rehabilitación

<p><b>1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA</b></p> <p><b>CRIBADO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Existe riesgo suicida actualmente?</li> </ul> <p><b>DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿La ideación suicida es activa o pasiva? Descripción en base a los siguientes parámetros: frecuencia, intensidad, duración, forma o calidad, adecuación al contexto.</li> <li>- Tentativas, pasadas y recientes. Descripción del método utilizado, situación y lugar donde se llevaron a cabo, personas presentes, número de intentos,...</li> <li>- Determinar los déficits conductuales. ¿Qué conductas deben iniciarse, aumentar su frecuencia o fortalecerse? (Ej: aumentar actividades de ocio y relaciones sociales).</li> <li>- Determinar los excesos conductuales, ¿Qué conductas deben eliminarse, disminuir su frecuencia o variarse? (Ej: conductas agresivas o impulsivas).</li> <li>- Determinar los logros conductuales. Considerar las capacidades y habilidades del paciente.</li> <li>- Establecer objetivos, haciendo al paciente partícipe de los mismos.</li> </ul> <p><b>2. ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA</b></p> <p><b>ANTECEDENTES DE LA CONDUCTA SUICIDA (ideación y/o tentativas)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Con quién?</li> <li>- ¿Qué acontecimientos pueden actuar de desencadenantes de la conducta?</li> </ul> <p><b>CONSECUENCIAS DE LA CONDUCTA SUICIDA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué refuerzos o beneficios ganaría o perdería el paciente si se disminuyera la conducta suicida?</li> <li>- ¿Qué pasaría si se ignorara?</li> <li>- ¿Qué condiciones mantienen la ideación y/o las tentativas suicidas?</li> </ul> <p><b>3. AUTOMOTIVACIÓN Y FACTORES PROTECTORES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿El paciente reconoce el problema y desea cambiar?</li> <li>- ¿Las verbalizaciones se corresponden con una implicación en las intervenciones terapéuticas?</li> <li>- ¿Qué factores han impedido la consecución del suicidio?</li> </ul> <p><b>4. PROVISIÓN DE RECURSOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué recursos pueden mobilizarse o cuáles son accesibles para ayudar al paciente en:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. aprendizaje de habilidades,</li> <li>b. empleo de habilidades,</li> <li>c. compensación de los déficits en habilidades,</li> <li>d. abordar la sintomatología o prevenir recaídas.</li> </ol> </li> <li>- ¿Cuáles son las capacidades y déficits socioambientales para lograr los objetivos de rehabilitación?</li> <li>- ¿Qué recursos pueden desarrollarse para motivar y mantener la evolución hacia los objetivos de rehabilitación? personas, lugares, actividades, examen de reforzadores,etc.</li> </ul>
--

TABLA 5. Factores protectores que reducen el riesgo de suicidio (OMS 2006)

- Apoyo de la familia, amigos y otras personas importantes.
- Creencias religiosas y culturales.
- Participación en la comunidad.
- Vida social satisfactoria.
- Integración social (a través el trabajo, de actividades de ocio...).
- Acceso a servicios y asistencia de salud mental.

Las técnicas utilizadas en el proceso de evaluación funcional serían las siguientes: entrevistas, observación conductual (en ambientes naturales, p.ej. visitas domiciliarias, salidas a la comunidad; o en situaciones artificiales, p.ej. «rol playing»), cuestionarios y/o escalas, autorregistros, medidas socioculturales (ej: cambios recientes en el entorno o las relaciones, valores y normas, estructuras de apoyo social) e informes de otros profesionales del ámbito social y sanitario.

Los datos resultantes de este proceso de evaluación permiten realizar el plan individualizado de rehabilitación (P.I.R.) donde se especifican los objetivos del tratamiento y se diseñan las estrategias de intervención para conseguir dichos objetivos.

## 5. Técnicas de evaluación de la conducta suicida en Rehabilitación Psicosocial

De las medidas de evaluación anteriormente citadas, se comentarán con más detalle las tres primeras: entrevista, escalas o cuestionarios y observación, por ser las más importantes y utilizadas por los profesionales de la rehabilitación psicosocial.

### 5.1. Entrevista

#### 5.1.1. Entrevista de contacto: evaluación inicial

Durante las primeras entrevistas con el sujeto que acude a un dispositivo de rehabilitación psicosocial, cuyo objetivo es valorar el funcionamiento global en su vida diaria, resulta fundamental establecer una adecuada relación de apoyo y confianza con el mismo y favorecer una buena adherencia al tratamiento; por ello se recomienda explorar de manera «indirecta» el riesgo suicida teniendo en cuenta que una exploración directa y profunda de este problema puede provocar cierto rechazo y angustia. Se debe obtener información sobre algunos de los factores de riesgo asociados al comportamiento suicida (ingresos recientes, conciencia de enfermedad, actitud negativa hacia el tratamiento, aislamiento social, estado civil, trabajo...) que posibilitarán al profesional encuadrarlo en un grupo de riesgo.

La información aportada por el individuo debe ser contrastada y completada por los familiares o allegados, así como por los informes de otros profesionales.

Una vez que se ha establecido una adecuada «relación terapéutica», se procede a evaluar la peligrosidad del comportamiento suicida con el fin de poner en marcha estrate-

gias de intervención. Algunos autores (Díaz Suárez et al., 2004) proponen evaluar inicialmente la ideación suicida y, posteriormente, las tentativas realizadas.

#### 5.1.2. Entrevista para evaluar la ideación suicida

Se evaluará la ideación suicida como medida de la letalidad implícita en el pensamiento suicida de la persona con trastorno mental severo. Algunos autores (Clark y Fawcett, 1992) plantean una aproximación natural a la ideación suicida introduciendo el tema desde las preguntas sobre el malestar relacionado con la desesperanza y la falta de perspectivas en el futuro.

Una vez confirmada la existencia de ideas suicidas, se valorará si la ideación es pasiva (desear no vivir, desear estar muerto, desear morir) o activa (querer matarse, planificar o pensar cómo matarse). Si la ideación es de tipo activo, el paso posterior es preguntar por los métodos concretos que el sujeto contempla para hacerlo. En caso de que la persona no haya contemplado ningún método específico, ha de preguntarse, en tercer lugar, por la posibilidad de llevar a cabo las ideas suicidas en un futuro próximo y también por los motivos que presenta para hacerlo o no. Los motivos para no llevar el acto suicida proporcionan una información valiosa sobre las inhibiciones de la persona ya que se pueden considerar «factores protectores». El profesional debe tenerlos en cuenta y no olvidar que cambios ambientales o internos de la persona pueden hacerlos desaparecer.

De otro modo, si la persona tiene pensado un método específico de suicidio – o varios – el cuarto paso consistiría en que los describiese uno a uno, así como los detalles sobre la persistencia con que se planearon, las veces que se repasaron mentalmente o si se ensayaron o llevaron a la práctica.

El quinto paso será averiguar si la persona implica a otros en la ideación suicida, es decir, si piensa matar a otras personas. Aunque presenta una frecuencia muy baja (Díaz Suárez, 1991) el riesgo de homicidio de los allegados puede ser elevado en casos concretos.

Seguidamente habría que valorar la accesibilidad de la persona a los métodos que ha pensado con el fin de tomar disposiciones para impedirse, aunque ello no siempre sea factible.

También es necesario preguntar por actos suicidas anteriores: si han existido, las razones que llevaron a ellos, los motivos desencadenantes del acto y su resultado.

Teniendo en cuenta las dificultades que supone la evaluación del riesgo suicida en personas con trastorno mental severo, generalmente esquizofrenia, la información aportada por los familiares u otros profesionales se hace imprescindible. Se obtendrá información sobre la existencia de manifestaciones verbales o de comportamientos que puedan estar directa o indirectamente relacionados con un acto suicida: frecuencia de las verbalizaciones, amenazas de suicidio, redacción de un testamento, preparativos para marcharse, etc.

#### 5.1.3. Entrevista tras una tentativa suicida

Tras una tentativa suicida es importante, por un lado, obtener información subjetiva del usuario, pensamientos que

tuvo antes, durante y después del acto suicida; y por otro, información objetiva del acto que llevó a cabo. (Hawton *et al.*, 1990). Esto último no siempre se puede conseguir, salvo en el caso de que algún familiar o allegado haya sido testigo.

En la entrevista con el usuario se deben obtener los siguientes datos:

- Expectativa de letalidad que se representó el sujeto.
- Intención de matarse u otras intenciones (llamar la atención, recibir determinados cuidados...).
- Percepción del acto como irreversible, cuando lo llevó a cabo.
- Tiempo que dedicó a prepararlo.

Es de especial interés la valoración que las personas que conocen al sujeto y han sido testigos realizan de la «letalidad del acto», independientemente de su resultado. Se ha de valorar en la entrevista:

- El grado de aislamiento del sujeto durante el acto y tras él.
- Si tomó medidas para no ser descubierto.
- Si intentó obtener ayuda o no.
- Si tomó medidas o tuvo en cuenta detalles que implicaban ausentarse para siempre.
- Si hubo comunicación de sus intenciones a otros.
- Si existía «finalidad» – implícita– del acto suicida hacia el ambiente.

## 5.2. Escalas de evaluación

Existen multitud de cuestionarios o escalas que miden el riesgo suicida, aunque muy pocas están adaptadas a las características de la población con enfermedad mental severa.

Por tanto, y a falta de instrumentos más específicos, en Rehabilitación Psicosocial se utilizan, desde los componentes de escalas de valoración clínica general en esquizofrenia, como la PANSS o el BPRS, pasando por escalas que evalúan constructos relacionados con el suicidio (depresión, desesperanza, impulsividad), hasta escalas que valoran exclusivamente el comportamiento suicida.

Para la evaluación del riesgo de suicidio, se recomienda utilizar algunas de las escalas que evalúan constructos relacionados con este fenómeno: depresión, desesperanza, impulsividad.

### 5.2.1. Escalas de evaluación de constructos asociados

– **Inventario de Depresión de Beck –BDI– (1979)** (adaptación al castellano de Vázquez y Sanz, 1991)

Instrumento autoaplicado de 21 ítems que evalúa la presencia y gravedad de los síntomas depresivos. Es sensible a cambios debidos al tratamiento.

Mide 3 factores: actitudes negativas hacia uno mismo o suicidio, molestias somáticas y rendimiento disminuido. Resulta difícil para pacientes con enlentecimiento o muy graves.

– **Escala de Desesperanza de Beck –HS– (Beck et al., 1974a).**

Este instrumento autoaplicado de 20 ítems evalúa, desde el punto de vista subjetivo, las expectativas negati-

vas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar, así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir éxito en su vida. El punto de corte propuesto para la puntuación total (20 puntos) es de 8/9, aunque proporciona una tasa muy elevada de falsos positivos. Está disponible en castellano, pero no en versión validada (García-Portilla *et al.*, 2004).

– **Escala de Depresión de Calgary – CDS– (Addington y Addington, 1990).**

Evalúa el nivel de depresión en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, tanto en fase aguda como en estadios deficitarios, por lo que se recomienda su uso en rehabilitación psicosocial.

Consta de 9 ítems siendo el rango de puntuación de 0 a 27. No existen criterios para categorizar la severidad de la depresión, utilizándose como una medida continua de intensidad sintomática. Es válida para cualquier fase de la enfermedad y sensible al cambio, lo que permite un seguimiento evolutivo del paciente y la determinación del grado de respuesta terapéutica.

Para identificar la ausencia / presencia de depresión, los autores recomiendan como punto de corte la puntuación  $\geq 5$  (Addington, 1993). Este punto de corte se considera adecuado para identificar pacientes con alto riesgo de presentar comorbilidad de tipo depresivo; sin embargo, el diagnóstico de trastorno depresivo debe ser confirmado mediante el pertinente examen clínico.

– **Escala de Impulsividad de Plutchik – EI– (Plutchik y van Praag, 1989a).**

Este instrumento autoaplicado de 15 ítems evalúa la tendencia del paciente a actuar de forma impulsiva en relación a la capacidad de planificar, al control de los estados emocionales, y al control de determinadas conductas como la ingesta, el gasto de dinero o el comportamiento sexual, entre otras. La puntuación total oscila entre 0 y 45. En la versión española (Rubio *et al.*, 1998a) los autores proponen un punto de corte de 20.

Para completar la evaluación se pueden utilizar técnicas relacionadas específicamente con el comportamiento suicida.

### 5.2.2. Escalas de evaluación del comportamiento suicida

#### 5.2.2.1. Escalas de evaluación de la ideación suicida

Las escalas más utilizadas para evaluar la ideación suicida traducidas al castellano son:

– **Escala de Ideación Suicida – SSI– (Beck et al., 1979).**

La SSI está diseñada para evaluar los pensamientos suicidas. Es un instrumento heteroaplicado. Mide la intensidad de los deseos de vivir y de morir, además de otros elementos que deben tenerse en cuenta como: la letalidad del método considerado, la disponibilidad de éste, sensación de control sobre la acción o el deseo y la presencia de «disuasores». No existen puntos de corte propuestos.

A mayor puntuación, mayor gravedad. Está disponible en castellano, pero no en versión validada. (García-Portilla *et al.*, 2004).

– **Escala de Riesgo Suicida de Plutchik –RS–** (Plutchik *et al.*, 1989b).

Escala autoaplicada que evalúa el riesgo suicida valorando intentos autolíticos previos, intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros aspectos relacionados con las tentativas. La puntuación total oscila entre 0 y 15. A mayor puntuación, mayor riesgo de suicidio. Para la versión española los autores proponen un punto de corte de 6. (Rubio *et al.*, 1998b).

#### 5.2.2.2. Escalas de evaluación del acto suicida

Se propone la siguiente escala por estar disponible y validada en castellano:

– Escala de Intencionalidad suicida – SIS– (Beck *et al.*, 1974b).

Este instrumento heteroaplicado evalúa las características de la tentativa suicida: circunstancias en las que se llevó a cabo (aislamiento, precauciones...), actitud hacia la vida y la muerte, pensamientos y conductas antes, durante y después de la tentativa, consumo de alcohol u otras sustancias relacionado con la tentativa. Se trata de una escala semiestructurada que consta de 20 ítems. Proporciona una valoración de la gravedad de la tentativa. No existen puntos de corte propuestos. A mayor puntuación, mayor gravedad.

### 5.3. Observación y Auto-observación

La observación de la conducta del usuario es, sin duda, la técnica más utilizada y la que más información aporta a los profesionales en los dispositivos de rehabilitación psicosocial. En los centros de día, comunidades terapéuticas, centros de rehabilitación, etc., la interacción entre los profesionales y los usuarios es prácticamente continua. Esto supone una ventaja a la hora de planificar la observación del comportamiento del usuario, que se puede realizar, bien en contextos naturales (durante actividades fuera del centro, visitas domiciliarias...) o bien en contextos artificiales (rol-playing).

Otra ventaja de esta técnica es que la pueden llevar a cabo todos los profesionales, previamente entrenados, que trabajan en este campo (monitores, auxiliares, enfermeros, terapeutas ocupacionales, educadores, psicólogos, psiquiatras...) lo cual enriquece y complementa la información sobre el comportamiento del usuario y, por tanto, permite adaptar las estrategias de intervención a cada caso específico.

Se debe focalizar la observación en las conductas que pueden indicar un aumento del riesgo suicida:

- Conductas distintas a las habituales (p.ej. forma de vestir, autocuidados, cambios en hábitos alimentarios, cambios de estado de ánimo...).
- Tendencia al aislamiento, dificultad en las relaciones sociales.

- Angustia, desesperanza, abatimiento.
- Verbalización suicida.
- Tentativas suicidas, conductas autolesivas.
- Verbalizaciones delirantes o alucinaciones que incitan al suicidio.
- Cambio en el funcionamiento cognitivo (distraibilidad, pérdida de concentración...).
- Baja autoestima, autodesvalorizaciones.
- Comportamientos agresivos, irritabilidad, hostilidad.
- Dificultad para resolver problemas, déficit en habilidades sociales.

En este caso también resulta muy útil contar con la colaboración familiar para obtener datos sobre el funcionamiento de la persona en su ambiente natural. Para ello se debe informar y entrenar a las familias sobre las conductas a observar, posibles indicadores de riesgo suicida; y sobre el registro de las mismas.

Con respecto a la auto-observación, en el caso de las personas con riesgo de suicidio, la práctica clínica desaconseja el autorregistro de las ideas suicidas ya que éste podría incrementar su frecuencia. Además, la sintomatología que presentan muchas de las personas con un trastorno esquizofrénico, hace que el registro de las conductas no se realice adecuadamente. En poblaciones de psicóticos, la validez y fiabilidad de este método de registro es muchas veces cuestionable (Avia Aranda, 1991).

## 6. Dificultades en la evaluación de la conducta suicida

### 6.1. Relacionadas con la complejidad del propio concepto

El comportamiento suicida es considerado por muchos autores como un continuo que va desde la ideación suicida hasta la tentativa y el suicidio consumado (Beck *et al.*, 1974a) (Diekstra, 1993) (Hernandez Martinez *et al.*, 2004).

Otros autores consideran que las conductas suicidas van desde las autolesiones a los suicidios consumados. Éstas representan, desde un punto de vista transversal y clínico, una urgencia vital de naturaleza aguda; sin embargo, desde una visión longitudinal, la expresión aguda de este fenómeno viene a ilustrar la existencia de una pérdida crónica de salud y estos cuadros clínicos presentan todas las características que definen un trastorno de naturaleza crónica (Fries, 1985; Rodríguez –Pulido *et al.*, 2003). Desde esta perspectiva se considera el suicidio más como un síndrome que como un síntoma; se trataría de un síndrome vago que es posible que comprenda un grupo de trastornos discretos, no reconocidos, que comparten una consecuencia mortal común, aunque presentan, de hecho, diferente curso y necesitan distintos tratamientos.

Otro aspecto que dificulta aún más la definición de este fenómeno es que el acto suicida depende de múltiples factores, algunos son factores de riesgo estables y conocidos pero otros son totalmente imprevisibles, de especial significado para el paciente (Diekstra, 1987; Fremouw *et al.*, 1990).

La mayoría de los autores se centran en el estudio de los factores de riesgo «estables» y predecibles, pero otros



(Breier *et al.*, 1984; Allebeck *et al.*, 1987) adoptan una actitud más pesimista y nihilista, llegando a considerar la conducta suicida del paciente esquizofrénico como un fenómeno impredecible.

## 6.2. Dificultades relacionadas con las mediciones de la conducta suicida

### Entrevistas

El primer problema a la hora de evaluar el riesgo suicida (Hyman, 1987) es que muchas de las personas con trastorno mental severo no solicitan ayuda para sus ideas suicidas: algunas manifiestan claramente que presentan ideación suicida o que han tenido alguna tentativa; pero otras se muestran más reticentes a comunicar este tipo de ideas y refieren otros síntomas, somáticos o emocionales; y otras incluso niegan cualquier ideación suicida, aunque su comportamiento indique lo contrario.

Además, gran parte de la sintomatología psicótica que presentan los usuarios de los centros de rehabilitación psicosocial (desorganización del pensamiento, asociaciones laxas, alucinaciones, delirios, bloqueos, síntomas negativos...) dificultan en muchas ocasiones una obtención de datos fiables por parte del evaluador. En ocasiones el discurso resulta demasiado disperso, abstracto, o delirante; y en otras los usuarios se muestran reservados y reticentes a hablar sobre experiencias pasadas que fueron traumáticas para ellos. Por ello, tal y como se ha referido anteriormente, es necesario realizar entrevistas con los familiares o personas significativas de su entorno para completar y contrastar la información sobre la conducta o ideación suicida del paciente a lo largo del proceso de rehabilitación.

### Escalas

La mayoría de las escalas para la evaluación del riesgo suicida son muy útiles como recordatorio de los factores de riesgo que se encuentran implicados, pero su validez se limita al grupo de riesgo del que han sido obtenidas y no superan el juicio clínico del profesional (Hawton *et al.* 1990). Algunos de los problemas que presentan las escalas de evaluación de riesgo suicida, aplicables también a otro tipo de escalas, serían, entre otros, que los factores que miden son factores compartidos con otras conductas alteradas o normales; una escala obtenida en un grupo de población específico no sería aplicable a otro (Krestman, 1987); predecir sucesos futuros mediante muy pocas variables precisaría que no hubiese otras grandes variables que interfirieran (Pallis *et al.*, 1982) y, por último, la aplicación individual no implica temporalidad y no distingue entre riesgos a corto y largo plazo sino que los mezcla (Motto *et al.*, 1989.).

### Bibliografía

- Addington D., Addington J. y Schissel B. (1990). A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr. Res.* 3: 247-251.
- Addington D. y Addington J. (1992). Attempted suicide and depression in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 85:288-291.
- Addington D., Addington J, Maticka-Tyndale E. (1993). Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale. *Br. J. Psychiatry.* 163 (suppl 22): 39-44.
- Allebeck P., Varla A., Kristjansson E. y Wistedt B. (1987). Risk factors for suicide among patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 76: 414-419.
- Andreasen N. (1982). Negative symptoms in schizophrenia: definition and reliability. *Arch. Gen. Psychiatry.* 39: 784-788.
- Appleby L. (1992). Suicide in psychiatric patients: Risk and prevention. Review article. *Br. J. Psychiatry.* 161: 749-758.
- Arató M., Demeter E., Rihmer Z., Somogy E. (1988). Retrospective psychiatric assessment of 200 suicides in Budapest. *Acta Psychiatr. Scand.* 77:454-456.
- Asnis G.M., Friedman T.A., Sanderson W.C., Kaplan M.L., van Praag H.M. y Harkavy-Friedman J.M. (1993). Suicidal behaviors in adult psychiatric outpatients, I: Description and prevalence. *Am. J. Psychiatry.* 150 (1):108-112.
- Avia Aranda M.D. (1991). La Auto-observación. En: Evaluación conductual. Fernández Ballesteros R., Carboles J.A.I. Ed Pirámide, S.A. Madrid.
- Barracough B., Bunh J., Nelson B., Sainsbury P. (1974). A hundred cases of suicide: clinical aspects. *Br. J. Psychiatry* 125: 355-373.
- Beck A.T., Weissman A., Lester D., Trexler L. (1974a). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *J. Consult Clin. Psychol.* 42: 861-865.
- Beck A., T., Schuyler D. y Herman I. (1974b). Development of suicidal intent scales. En: Beck A.T. Resnick H.L.P. Lettieri D.J. (eds.) *The prediction of suicide.* Bowie, M.D: Charles Press. Pp. 45-56.
- Beck A.T., Kovacs M. y Weissman A. (1979). Assessment of suicidal ideation: The Scale for Suicide Ideation. *J. Consult Clin. Psychol.* 47:343-352.
- Beck A.T., Steer R.A., Kovacs M. y Garrison B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am. J. Psychiatry.* 142:559-563.
- Becker R. (1988). Depression in schizophrenia. *Hosp. Commun Psychiatry.* 39:1269-1275.
- Breier A. y Astrachan B. (1984). Characterization of schizophrenic patients who commit suicide. *Am. J. Psychiatry.* 141: 206-209.
- Caldwell C. y Gottesman I. (1992) Schizophrenia. A high-risk factor for suicide: Clues to risk reduction. Review article. *Suicide Life Threat Behav.* 22:479-493.
- Clark D.C. y Fawcett J. (1992). Review of empirical risk factors for evaluation of the suicidal patient. En: Bongar B. (ed.). *Suicide: Guidelines for assessment, management, and treatment.* New York: Oxford University Press. pp. 17-48.
- Cohen L., Test M. y Brown R. (1990). Suicide and schizophrenia: data from a prospective community treatment study. *Am. J. Psychiatry.* 147: 602-607.
- Cohen S., Lavelle J., Rich C.L. y Bromet E. (1994). Rates and correlatos of suicide attempts in first-admission psychotic patients. *Acta Psychiatr. Scand.* 90:167-171.
- Cotton P.C., Drake R.E., Gates C. (1985). Critical treatment issues in suicide among schizophrenics. *Hosp. Community Psychiatry.* 36:534-536.
- Dassori A., Mezzich J. y Keshavan M. (1990). Suicidal indicators in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 81:409-413
- Díaz Suárez J., Rendueles Olmedo G., González G.-Portilla P., *et al.* (1991). El suicidio en el partido judicial de Gijón, 1975-1986 (I). *An. Psiquiatría.* 7:271-278.
- Díaz Suárez J., Martínez Barrondo S., Bousouño García M. y Bobes García J. (2004). Valoración clínica de los comportamientos suicidas. En: Bobes García J., Sainz Martínez P.A., García-Portilla González M.P., Bascarán Fernández M.T. y Bousouño García M. *Comportamientos suicidas. Prevención y Tratamiento.* Ed. Ars Médica. Barcelona, pp. 255-263.
- Diekstra R. (1987). Renée or the complex psychodynamics of adolescent suicide. En: Diekstra R.F.W, Hawton K (eds.). *Suicide in adolescent.* Dordrecht: Martines Nijhoff. Pp. 43-75.
- Diekstra R. (1993). The epidemiology of suicide and parasuicide: *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 371:9-20.

27. Dorpat T.L., Ripley H.S. (1960). A study of suicide in the Seattle area. *Compr Psychiatry*. 1: 349-359.
28. Drake R.E., Gates C., Cotton P.C. y Whitaker A. (1984). Suicide among schizophrenics: who is at risk? *J. Nerv. Ment. Dis.* 172: 613-617.
29. Drake R.E., Gates C., Whitaker A. y Cotton P. (1985). Suicide among schizophrenics: a review. *Comprehensive Psychiatry*. 26: 90-100.
30. Drake R. y Cotton P. (1986a). Suicide among schizophrenics: a comparison of attempters and completed suicides. *Br. J. Psychiatry*. 149: 784-787.
31. Drake R.E. y Cotton P.C. (1986b). Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*. 148: 554-559.
32. FEAFES (2006). *Afrontando la realidad del suicidio. Orientaciones para su prevención*. Ed. FEAFES. Madrid.
33. Fenton W., McGlashan T., Victor B. y Blyler C. (1997). Symptoms, subtype and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Am. J. Psychiatry*. 154: 199-204.
34. Fremouw W.J., Perzel M. y Ellis T.E. (1990). *Suicide risk*. New York: Pergamon Press.
35. Fries J.J. (1985). La comprensión de la morbilidad. *Foro Mundial de la Salud*. 6: 55-59.
36. Funahashi T., Ibuki Y., Domon Y., Nishimura T., Akehashi D. y Sugiura H. (2000). A clinical study on suicide among schizophrenics. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 54:173-179.
37. García-Portilla González M.P., Bascarán Fernández M.T., Jiménez treviño L. y Martínez Larrondo S. (2004). Evaluación psicométrica. En: Bobes García J., Sainz Martínez P.A., García-Portilla González M.P., Bascarán Fernández M.T. y Bousoño García M. *Comportamientos suicidas. Prevención y Tratamiento*. Ed. Ars Médica. Barcelona, pp. 264-274.
38. Gracia Marco R., Cejas Méndez M.R., Acosta Artilles F.J. y Aguilar García-Iturraspe E.J. (2004). Comportamientos suicidas y trastornos esquizofrénicos. En: Bobes García J., Sainz Martínez P.A., García-Portilla González M.P., Bascarán Fernández M.T. y Bousoño García M. *Comportamientos suicidas. Prevención y Tratamiento*. Ed. Ars Médica. Barcelona, pp. 96-137.
39. Grunebaum M.F., Oquendo M.A., Harkavy-Friedman J.M. Ellis S.P., Li S., Haas G.L., Malone K.M. y Mann J.J. (2001). Delusions and suicidality. *Am. J. Psychiatry*. 158: 742-747.
40. Gutiérrez Rodríguez M., García Cabeza I. y Sánchez Díaz E.I. (2000) Depressive experiences in schizophrenia. *Arch. Psiquiatr.* 63 (1):81-92.
41. Harkavy-Friedman J.M., Restito K., Malaspina D., Kaufmann C.A., Amador X.F., Yale S.A. y Gorman J.M. (1999). Suicidal behavior in schizophrenia: Characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. *Am. J. Psychiatry*. 156:1276-1278.
42. Hawton K., Catalán J. (1990). *Attempted suicide*. Oxford University Press.
43. Hawton K. (1987). Assessment on suicide risk. *Br. J. Psychiatry*. 150:145-153.
44. Hawton K. y Fraga J. (1988) Suicide and other causes of death, following attempted suicide. *Br. J. Psychiatry*. 152: 359-366.
45. Hawton K., Sutton L., Haw C., Sinclair J. y Deeks J.J. (2005). Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *British Journal of Psychiatry*. 187: 9-20.
46. Heilä H., Isometsä E.T., Henriksson M.M., Heikinen M.E., Marttunen M.J. y Lönnqvist J.K. (1997). Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*. 154: 1235-1242.
47. Heilä H., Isometsä E.T., Henriksson M.M., Heikinen M.E., Marttunen M.J. y Lönnqvist J.K. (1999). Suicide victims with schizophrenia in different treatment phases and adequacy of antipsychotic medication. *J. Clin. Psychiatry*. 60: 200-208.
48. Hendin H. (1965). *El suicidio en Escandinavia*. Barcelona: Ariel.
49. Hernández Martínez J. y Medina Garrido M.L. (2004). Algoritmo de manejo del paciente con riesgo suicida. En: Bobes García J., Sainz Martínez P.A., García-Portilla González M.P., Bascarán Fernández M.T. y Bousoño García M. *Comportamientos suicidas. Prevención y Tratamiento*. Ed. Ars Médica. Barcelona, pp. 291-299.
50. Hyman S.E. (1987). El paciente suicida. En: Hayman S.E. (ed.). *Manual de urgencias psiquiátricas*. Barcelona: Salvat. Pp. 17-34.
51. Inskip H.M., Harris E.C. y Barraclough B. (1988) Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*. 172: 35-37.
52. Kamali M., Kelly L., Gervin M., Browne S., Larkin C. y O'Callaghan E. (2000). The prevalence of comorbid substance misuse and its influence on suicidal ideation among in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 101 (6): 452-456.
53. Kaplan H. y Sadock B. (1989). *Tratado de Psiquiatría*, 2.ª edición. Barcelona:Salvat.
54. Lejoyeux M., Leon E. y Rouillon F. (1994). Prevalence and risk factors of suicide and attempted suicide. *Encephale*. 20:495-503.
55. Krestman N. (1987). The epidemiology of suicide and parasuicide. *Crisis*. 8 (2):17-34.
56. Kuehnel T.G., Liberman R.P. (1993). *Evaluación Funcional*. En: Liberman P.R. *Rehabilitación Integral del enfermo mental crónico*. Ed. Martínez Roca.
57. Mayer -Gross W., Slater E. y Roth M. (1974). *Psiquiatría Clínica*. Buenos aires: Paidós.
58. Meltzer H. (1999). Suicide and schizophrenia: Clozapine and the InterSePT Study. *J. Clin Psychiatry*. 60 (Suppl 12):47-50.
59. Menninger K. (1972). *El hombre contra sí mismo*. Barcelona: Península.
60. Messias E., Kirkpatrick B., Ram R. y Tien A.Y. (2001). Suspiciousness as a specific risk factor for major depressive episodes in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 47: 159- 165.
61. Miles C.P. (1977). Conditions predisposing to suicide: a review. *J. Nerv. Ment Dis.* 164: 231-246.
62. Modestin J. y Kamm A. (1990). Parasuicide in psychiatric inpatients: results of a controlled investigation. *Acta Psychiatr. Scand.* 81:225-230.
63. Modestin J., Zarro I. y Waldvogel D. (1992). A study of suicide in schizophrenic in-patients. *Br. J. Psychiatry*. 160:398-401.
64. Moron P. (1980). *El suicidio*. Buenos Aires: Ábaco.
65. Motto J.A., Bostron A., Tanney B.N. (1989). The time factor in the estimation of suicide risk. *Comunicación al 8.º Congreso de la Asociación Mundial de Psiquiatría*. Atenas.
66. Nieto E., Vieta E. (1997) La conducta suicida en los trastornos bipolares. En: *Trastornos bipolares*. E. Vieta y C. Gastó. Springer-Verlag Ibérica, Barcelona.
67. Nieto E., Vieta E., Gastó C., Vallejo J. y Cirera E. (1992). Suicide attempts of high medical seriousness in schizophrenic patients. *Comprehensive Psychiatry*. 33: 384-387.
68. Nyman A. y Jonsson H. (1986). Patterns of self destructive behavior in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 73: 252-262.
69. O'Carroll P.W., Berman A.L., Maris R.W., Moscicki E.K., Tanney B.L., Silverman M.M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav.* 26: 237-252.
70. Organización Mundial de la Salud (2006). *Prevención del Suicidio. Recursos para Consejeros*. Ginebra.
71. Pallis D.J., Barraclough B.M., Levey A.B., Jenkins J.S., Sainsbury P. (1982). Estimating suicide risk among attempted suicides. I. The development of New Clinical Scales. *British J. Psychiatry*. 141:36-44.
72. Palmer B.A., Pankratz V.S. y Bostwick J.M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*. 62 (3): 247-253.
73. Perenyi A. y Forlano R. (2005). Suicide in schizophrenia. *Neuropsychopharmacol. Hung.* 7(3):107-117.
74. Plutchik R., van Praag H.M. (1989a). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatr.* 13: S23-S24.
75. Plutchik R., van Praag H.M., Conte H.R., Picard S. (1989b). Correlates of suicide and violent risk, I: The Suicide Risk Measure. *Compr. Psychiatry*. 30:296-302.
76. Pompili M., Ruberto A., Girardi P. y Tatarelli R. (2004a) Suicide in schizophrenia. What are we going to do about it? *Ann. Ist. Super Sanità*. 40 (4):463-473.
77. Pompili M., Ruberto A., Kotzalidis G.D., Girardi P. y Tatarelli R. (2004b). Suicide and awareness of illness in schizophrenia: an overview. *Bull. Menninger Clin.* 68(4):297-318.
78. Pompili M., Mancinelli I., Ruberto A., Kotzalidis G.D., Girardi P. y Tatarelli R. (2005). Where schizophrenic patients commit suicide: a review of suicide among inpatients and former inpatients. *Int. J. Psychiatry Med.* 35 (2):171-190.

79. Pompili M., Amador X.F., Girardi P., Harkavy-Friedman J., Harrow M., Kaplan K., Krausz M., Lester D., Meltzer H.Y., Modestin J., Montross L.P., Bo Mortensen P., Munk-Jorgensen P., Nielsen J., Nordentoft M., Saarinen P.I., Zisook S., Wilson S.T. y Tatarelli R. (2007). Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Ann. Gen. Psychiatry*. 16: 6-10.
80. Reid S. (1998). Suicide in schizophrenia. A review of the literatura. *J. Mental Health*. 7: 345-353.
81. Rich C.I., Ricketts J.E., Fowler R.C., Young D. (1988). Some differences between men and women who commit suicide. *Am J. Psychiatry*. 145:718-722.
82. Rodríguez A. (1999). El suicidio en la esquizofrenia. La conducta suicida. Ed. Ros S. Ed. Aran, Madrid.
83. Rodríguez Pulido F. y González de Rivera J.L. (2003). Evaluación y medición del riesgo de autolesión y suicidio. En Bulbena Vllarrasa A., Berrios G.E. y Fernández de Larrionoa Palacios P. *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (pp. 225-244). Masson.
84. Ros S. (1997). Neurobiología de la conducta suicida. En: Ros Montalbán S. (ed.). *La Conducta Suicida*. Madrid: Libro del Año, pp. 65-81.
85. Rossau C. y Mortensen P. (1997). Risk factors for suicide in patients with schizophrenia: nested case-control study. *Br. J. Psychiatry*. 171:355-359.
86. Roy A. (1982). Suicide in chronic schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*. 141: 171-177.
87. Roy A. (1983). Family History of Suicide. *Arch. Gen. Psychiatry*. 40: 971-974
88. Roy A., Mazonson A. y Pickar D. (1984). Attempted suicide in chronic schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*. 144: 303-306.
89. Rubio G., Montero I., Jáuregui J., *et al.* (1998a). Validación de la Escala de Impulsividad de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol (Madr)*. 61 (3): 223-232.
90. Rubio G., Montero I., Jáuregui J., *et al.* (1998b). Validación de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol (Madr)*. 61: 143-152.
91. Sartorius (1987) Course of schizophrenia in different countries: Some results of a WHO internacional comparative 5 years folow up study. Eds Search for the causes of schizophrenia. Berlin: Springer Verlag pp. 107-113.
92. Shaffer J.W., Perlin S. Y Schmidt C.W. (1974). The prediction of suicide in schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.* 159: 349-355.
93. Shneidman E.W. (1976). Suicide. En :
94. Siris S. Depression in schizophrenia. (1995). En: Hirsch S. y Weinberger D. (eds.) *schizophrenia*. Oxford: Blackwell Science.
95. Taiminen T.J. y Kujari H.(1994). Antipsychotic medication and suicide risk among schizophrenic and paranoid in-patients. *Acta Psychiatr. Scand.* 90:247-251.
96. Vieta E., Nieto E., Gasó C. Cirera E. (1992) Serious suicide attempts in affective patients. *J. Affect Disord.* 24: 147-152.
97. Virkkunen M. (1976). Attitude to treatment before suicide in schizophrenia and paranoia psychosis. *Br J Psychiatry*. 128:47-49).

# Capítulo 6. Evaluación del uso de drogas en personas con trastorno mental grave

Jaime A. Fernández Fdez.

## 1. Introducción: aspectos generales del trastorno dual

La coexistencia de un trastorno mental grave y un trastorno por uso de drogas se puede denominar, por comodidad y convención, trastorno dual, término que adoptaremos en este capítulo a sabiendas que su significado etimológico y clínico es más amplio<sup>1</sup>. El «trastorno dual» (en adelante TD) afecta a un importante porcentaje de personas con trastorno mental grave (en adelante PTMG), en torno al 25%-30%, con consecuencias adversas descritas en numerosos estudios<sup>2-3</sup>, siendo considerado uno de los factores que mejor predicen el curso de enfermedades como la esquizofrenia<sup>4</sup>. La neurotoxicidad de las drogas es un factor que, con el paso del tiempo, está ganando protagonismo en los principales modelos etiológicos sobre la esquizofrenia: vulnerabilidad-estrés, hipótesis dopaminérgica<sup>5</sup>, etc.

La dificultad para esclarecer la relación entre el uso de drogas y el trastorno mental grave (TMG) viene determinada por múltiples variables, como tipo e ingesta de medicación, respuesta del entorno (familia, etc.), metabolización de sustancias, etc.

Los tratamientos estándar no consiguen la adherencia necesaria para evitar o reducir un encadenamiento de efectos como absentismo a citas y programas, incumplimientos de pautas terapéuticas, síntomas inestables, trastornos de conducta, ingresos psiquiátricos, problemas en el círculo de cuidadores (familia y profesionales), problemas de salud, etc.

En la evolución y pronóstico ha quedado bien establecido que el uso de drogas es un predictor determinante en la evolución de la esquizofrenia<sup>6</sup>.

El sistema asistencial, además de estar escindido para cada uno de estos dos trastornos, no dispone de tratamientos dirigidos al TD (residenciales y laborales, tratamiento integrado, etc.), dando lugar, en ocasiones, a un «rebote» de los afectados en los dispositivos de ambas redes.

Aunque el pronóstico actual del TD puede parecer sombrío sabemos que la evolución puede ser más favorable si se consigue un abandono del consumo de drogas y si, además, reciben medicación antipsicótica y apoyo social. Esta fatal coincidencia, los que tendrían mejor pronóstico lo empeoran por el consumo de drogas, hace que la detección y tratamiento de las personas con TD sea de tanta importancia.

### 1.1. Los riesgos de la rehabilitación psicosocial en el Trastorno Dual

Una persona con TMG y un historial de consumo de drogas en remisión si inicia un tratamiento rehabilitador

puede aumentar el riesgo de reactivar hábitos de uso de drogas<sup>2</sup>. Las personas con esquizofrenia y predominio de sintomatología negativa tienen menor acceso a las drogas<sup>7</sup>. Los procesos de rehabilitación psicosocial se dirigen a revertir la discapacidad, aumentando la exposición y accesibilidad a drogas. Por ello los programas de rehabilitación psicosocial deben detectar, evaluar, prevenir y, si fuera necesario, intervenir en el abuso de drogas. Es decir, un programa de rehabilitación psicosocial puede también aportar elementos de protección del uso de drogas, en función de la capacitación de los equipos en la evaluación y tratamiento del TD. Para alcanzar este tratamiento apropiado es esencial un proceso de evaluación fiable y preciso que enlace cuatro operaciones en retroalimentación: detección, categorización del consumo, evaluación funcional y planificación del tratamiento.

### 1.2. Prevalencia del uso de drogas en población general y en personas con TMG.

Nuestro ámbito, España, destaca en Europa por haber registrado índices muy altos en consumo de cocaína, cannabis y alcohol. La Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)<sup>8</sup>, encontró que el consumo habitual de alcohol es del 64%, el cannabis del 8.7% y cocaína es del 1.6% (el 7% la ha consumido).

TABLA 1. Prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida en la población de 15-64 años (%) España, 1995-2007/08<sup>8</sup>

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007/08
Tabaco	-	69,7	64,9	68,4	68,9	69,5	68,5
Alcohol	-	90,6	87,3	89,0	88,6	93,7	88
Cannabis	14,5	22,9	19,6	23,8	29,0	28,6	27,3
Extasis	2,0	2,5	2,4	4,0	4,6	4,4	4,3
Alucinógenos	2,1	2,9	1,9	2,8	3,0	3,4	3,8
Anfetaminas/espíd	2,3	2,7	2,2	2,9	3,2	3,4	3,8
Cocaína en polvo	3,4	3,4	3,1	4,8	5,9	7,0	8
Cocaína base	0,3	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	1,8
Heroína	0,8	0,6	0,5	0,6	0,9	0,7	0,8
Inhalables	0,7	0,8	0,6	0,8	1	0,8	1,1
Tranquilizantes	-	-	-	-	-	7	13,0
Somníferos	-	-	-	-	-	4,6	6,0

En las personas con TMG, los estudios de prevalencia más significativos arrancan a finales de la década de 1980



con el ECA (1990)<sup>9</sup> donde se encontró que el 47% de las personas con esquizofrenia habían sufrido un trastorno por uso de sustancias (TUS en adelante) *en algún momento de sus vidas* y el 28% lo sufría en la actualidad. Se infería que las personas con esquizofrenia tenían 4 veces más riesgo de abuso de drogas a lo largo de su vida que la población

general. En Londres, un estudio (2001)<sup>10</sup>, estimó que el 21.5% de las personas con esquizofrenia presentaban un TUS. En USA, el estudio CATIE (2006)<sup>11</sup> realizado con 1600 personas con esquizofrenia, estableció que el 60% de la muestra usaba drogas y el 37% tenía un TUS, surgiendo la disparidad USA/Europa.

TABLA 2. Estudios de prevalencia de uso de drogas en personas con trastornos mentales graves

		Pepper 1984	Caton 1989	Drake 1989	Ananth 1989	Test 1989	ECA 1990 USA	CRPS 1993 Madrid	Duke 2001 Londres	Barnes 2006 Londres	CATIE 2006 USA
N.º				187				62	352		1600
Historia consumo							47%			68%	
Consumo actual	USO ABUSO	48%	51%	33%	75%	60%	28%	53% 30%	21.5%	35%	60% 37%

Los datos de consumo de drogas en población general y en PTMG son difícilmente comparables porque los estudios utilizan metodologías muy distintas. La cuestión principal es que las personas con TMG pueden sufrir consecuencias más dañinas por consumir drogas respecto a la población general, aunque su consumo suele ser menor en cantidad y frecuencia<sup>2</sup>.

### 1.3. Evolución y curso del Trastorno Dual

Los estudios indican que el TUS<sup>12-13-14</sup> tiene un proceso de recuperación de curso crónico, a largo plazo y asociados a altos índices de mortalidad (1,2% al año). En el estudio de Vaillant<sup>13-14</sup>, el 90% había recaído tras el tratamiento, pero tras 12 años de seguimiento, el 46% estaba abstinente e integrado en su comunidad. A pesar de la cronicidad asociada, se puede conseguir una abstinencia sostenida entre un 2-5% por año con remisión estable, y un 1-2% retornan al abuso de drogas.

Hay menos información sobre el curso de las personas con TD; Bartels<sup>15</sup> tras 7 años de seguimiento, indica un porcentaje de recuperación similar al del trastorno de drogas primario. Negrete y su grupo<sup>16</sup> puntualizan que se produce una caída del consumo en el cannabis con la edad y que esa tendencia es mayor en las personas con esquizofrenia. Hoy se sabe que los tratamientos integrados pueden acelerar la remisión del TD: tras tres años de seguimiento Xie y otros<sup>6</sup> observan una mejoría constante del TD a lo largo del tratamiento, con una débil inter-relación de los resultados que les lleva a entender la recuperación como un constructo multidimensional.

### 1.4. Diagnóstico del trastorno por uso de drogas en PTMG

El trastorno dual no dispone de una categoría clínica homogénea, ni de una única forma de tratamiento, sino que éste va a depender del correcto reconocimiento y análisis de cada uno de los trastornos. El método básico para el diagnóstico de un trastorno mental es la entrevista clínica. Las entrevistas clínicas estructuradas (CIDI, etc.)

pueden ser de ayuda, especialmente en poblaciones clínicas, donde se requiere un detallado conocimiento de la historia de consumo y del consumo actual para el establecimiento diagnóstico, la provisión de cuidados y el tratamiento<sup>17-18</sup>.

El diagnóstico «Trastorno por Uso de Sustancias» (TUS) se refiere a un patrón habitual de consumo de drogas que conlleva daños en áreas de ajuste funcional, como el trabajo, relaciones sociales, bienestar económico, implicaciones legales o salud física. El TUS se divide en dos categorías excluyentes: abuso y dependencia. Distinción etiológicamente relevante en el pronóstico de las personas con TMG<sup>18</sup>. En el orden temporal el TUS se divide en «uso histórico» o «uso actual», también con importantes implicaciones en el tratamiento. En el DSM-IV se determina un periodo de al menos un mes sin uso de drogas para indicar una «remisión temprana» y de al menos un año para una «remisión sustancial», plazos a revisar en el TD: una persona con TMG y un diagnóstico de «uso histórico en remisión» puede parecer indicada la retirada de los servicios de tratamiento de abuso de drogas, pero la elevada vulnerabilidad de estas personas aconseja mantener el proceso de valoración del riesgo como un tratamiento ajustado a su situación. Los diagnósticos multiaxiales son los que mejor se ajustan a las características clínicas del TD, pero también con carencias relevantes como no disponer de sistemas de clasificación que recojan aspectos elementales: carga familiar, patrón de consumo, motivación para la recuperación<sup>19</sup>.

### 1.5. Estrategias ante las dificultades de la evaluación del uso de drogas en PTMG

La principal dificultad en la evaluación es que los profesionales, en la esquizofrenia, tienden a descuidar el historial del uso de drogas<sup>23</sup>. Según Barnaby y cols.<sup>24</sup> solo el 2% de los pacientes de 6 unidades de agudos tenían recogida una historia completa del uso de drogas. Se estima que la sub-detección puede alcanzar el 50%<sup>25</sup>. El TD es mal detectado en muchos contextos<sup>23</sup>: unidades de agudos<sup>21-24-25</sup>, urgencias, rehabilitación<sup>2-26</sup>, atención primaria<sup>27</sup>, etc.

La dificultad en la detección puede estar relacionada con el fracaso de los instrumentos de cribado, bien por su desconocimiento, bien porque son poco accesibles, bien por escasa formación o por un uso poco extendido. Sin embargo, las intervenciones encaminadas al cribado presentan gran eficacia con bajo coste, siendo muy útil instaurar mínimas, pero cuidadosas, rutinas de cribado del uso de drogas en los dispositivos de la red de salud mental.

El paso más importante en el proceso de evaluación es realizar el historial de uso de drogas. Muchas personas son reacias a dar información inicialmente pero pueden llegar a admitir consumos si se lleva a cabo una buena y cuidadosa a recogida de información de la historia de abuso. Algunas personas con TD tienen muchas dificultades para evocar y describir sus hábitos de uso de drogas (por distorsiones cognitivas, psicóticas y afectivas) o son propensas a los típicos problemas del autoinforme (evocación de detalles, respuestas en función de las demandas de la situación, etc.). Es también frecuente que las personas con TD recelen de hablar de su consumo de drogas porque esperan sanciones, o porque es mal visto en su círculo personal y familiar. Este recelo a informar es más frecuente en drogas ilegales que en el uso de alcohol, que se reconoce más fácilmente<sup>18</sup>.

El hecho de que muchos usuarios nieguen o minimicen sus consumos puede ser también debido a una idea confusa sobre los efectos de las drogas<sup>17</sup>. Puede que no identifiquen las drogas como un agente causal de algunas consecuencias negativas que han sufrido a lo largo de sus vidas, sino que, más bien, tienden a atribuir a las drogas los efectos positivos a corto plazo (reducción de la ansiedad y la depresión, mejor sueño, sensaciones temporales de bienestar) antes que los efectos negativos a largo plazo, más difíciles de identificar: aumento de alucinaciones, ideación delirante y suicida, interferencia en el manejo de la vida diaria, etc.

Una gran dificultad es que los estándares de evaluación en la población con TMG son diferentes: los patrones de uso, consecuencias, síndrome de dependencia y distrés subjetivo difieren en las personas con TMG respecto a la población general. Las consecuencias que experimentan las personas con TMG por consumir drogas no suelen ser valoradas por los instrumentos estándar para personas con TUS primario. Por ejemplo, a menudo las personas con TMG encuentran muchas dificultades para tratar su enfermedad: cumplir con la medicación, mantenimiento del hogar o participación en programas de rehabilitación. Por otro lado, algunas necesidades que exploran los instrumentos estándar (trabajo, relaciones de pareja, renovación del permiso de conducir) apenas afectan a las personas con TMG. Además, la elevada sensibilidad a los efectos de las drogas de las personas con TMG suele impedir el desarrollo de síndromes fisiológicos de dependencia. Las personas con TMG pueden sufrir efectos muy adversos con el uso de cantidades relativamente pequeñas 28-29.

Por todas estas razones, los instrumentos estándar dirigidos a las personas con un TUS primario son poco precisos para personas con TMG. Por ejemplo, uno de los instrumentos más utilizados en TUS, el ASI<sup>30</sup>, a menudo no detecta en toda su extensión los problemas del abuso de sustancias de PTMG<sup>31-32-33-34</sup>.

Son necesarios, pues, instrumentos de evaluación adaptados a la PTMG y estrategias que cuiden al usuario para aumentar la fiabilidad en la estimación de los consumos:

- Asegurar la confidencialidad de la información y que ésta no tendrá efectos negativos en la cartera de servicios ofertados,
- Resaltar la utilidad de la información para establecer un tratamiento adecuado,
- Hacer ver que la información puede ser contrastada con otras fuentes colaterales (familia, análisis de orina, etc.).
- Si la persona lleva un registro prospectivo (por ejemplo, de una semana) se obtienen cantidades mayores (y más congruentes) que interrogando retrospectivamente sobre sus consumos la semana pasada.

## 1.6. Temporalización

El TUS tiende a ser crónico, la severidad y persistencia de sus síntomas hacen que las mejoras con el tratamiento sean muy lentas, alcanzando cambios estables tras varios años. Se requiere una valoración con base en largos períodos de tiempo para los propósitos clínicos y de evaluación de programas. Algunos autores<sup>18</sup> recomiendan una monitorización formal (con escalas de clasificación clínica tipo CRS, SATS, etc.) al menos cada seis meses en personas con TMG, aunque los clínicos deben establecer evaluaciones informales con mayor frecuencia (mensual). Además se recomienda que las rutinas de evaluación se deben de mantener al menos durante un período de 2 años una vez que el trastorno se encuentre en remisión.

La evaluación del seguimiento a largo plazo es importante para valorar la eficacia de los programas de tratamiento del TD. La mayoría de datos disponibles sugieren que los programas de tratamiento breves, de duración igual o menor a un año, tienden a producir mejorías transitorias. Los estudios realizados en New Hampshire<sup>6-18</sup> muestran un progreso lento pero firme hacia el mantenimiento de la abstinencia: en los primeros seis meses pocos usuarios parecen mejorar, los progresos significativos se observan a partir de los 2 o 3 años, demostrando que la recuperación avanza muy lentamente, en etapas o fases, a lo largo de años.

## 1.7. Influencia del entorno en los resultados de la evaluación

El abuso de sustancias es muy sensible a las funciones socio-ambientales. Los usuarios con TUS en un entorno pueden no generalizar las conductas a otros entornos. Así, la abstinencia en un entorno institucional, como una comunidad terapéutica, una residencia, una prisión, un hospital psiquiátrico o unidad hospitalaria de rehabilitación no predice el mantenimiento de la abstinente en un entorno comunitario menos restrictivo. En tales casos, a menudo, los usuarios recaen en cuanto vuelven a las mismas situaciones de vida de su comunidad de origen. Esto conlleva, en primer lugar, que la evaluación de las conductas de abuso requieren ser realizadas rutinariamente cuando el entorno del cliente ha cambiado, porque la evaluación es muy poco generalizable a través de los diferentes entornos socio-ambientales. En segundo lugar, la intervención en personas con TUS en entornos altamente restrictivos debe también extenderse y complementarse

dentro de los entornos naturales del usuario, si pretendemos garantizar que se mantenga en tratamiento. La interrupción en la provisión de cuidados continuados de personas ingresadas, o en un dispositivo residencial, puede ser una de las razones por la cual muchos abordajes no han encontrado impacto a largo plazo<sup>18</sup>.

### 1.8. Formación del evaluador

El uso incorrecto de las técnicas e instrumentos de evaluación ocasionan serios perjuicios a las personas implicadas en el proceso de evaluación. La falta de formación del profesional es la principal causa de las malas prácticas asociadas a las herramientas de evaluación<sup>35</sup>. Algunas escalas (PRISM, etc.) no están disponibles sin un entrenamiento certificado, aunque debemos pensar que todo instrumento requiere de un periodo de estudio y entrenamiento específico previo a su uso. Los profesionales que administran instrumentos clínicos de evaluación y clasificación deben conocer bien a sus usuarios, comprender las diferentes presentaciones clínicas del TUS y del TD, el proceso de recuperación y no presuponer sus valoraciones. Un modelo de entrenamiento<sup>18</sup> para profesionales que deben usar escalas clínicas debería comprender al menos 5 etapas: introducción conceptual, descripción de escalas específicas, práctica usando cada una de las escalas y su discusión, revisión de fiabilidad y validez.

## 2. Metodología e instrumentación de la Evaluación del uso de drogas en PTMG

«Para preguntarse por algo hay que tener ya una idea de lo que es»

G. Bueno. Conferencia ¿Existe la sociedad civil?, La Nueva España, 9-6-1995.

### 2.1. Técnicas de obtención de la información

Los patrones de consumo pueden adoptar una gran variabilidad a lo largo de la vida, la medición del consumo requiere por tanto de una aproximación actual e histórica. El «uso actual» se puede detectar mediante analíticas biológicas, no así el «uso histórico» que requerirá de técnicas de entrevista<sup>37</sup> para recoger información básica: edad primer consumo, del consumo habitual, del consumo excesivo, tiempos de abstinencia, frecuencias, cantidades (medias y máximas), vías de administración y horarios, contabilizando de forma separada los fines de semana (sobre todo el uso de alcohol).

Las fuentes de información pueden incidir en la validez de los datos obtenidos:

- *El autoinforme* es una técnica con ventajas obvias, muy apropiado para usar con PTMG por bajo coste, poco invasivo, fácil de administrar, etc. Su validez, sin embargo, ha sido cuestionada ya que muchas personas pueden subestimar su consumo por factores de deseabilidad social, implicaciones legales, distorsiones invo-

luntarias, etc. Aunque algunos estudios han encontrado limitaciones del autoinforme en poblaciones de psicóticos, especialmente en unidades de agudos<sup>38-39</sup>, otras investigaciones más recientes han visto que las medidas de autoinforme generalmente aportan información fiable y válida en relación con el consumo de drogas<sup>12-17-40</sup>. Posiblemente su validez varíe en función del contexto en el cual se recojan los datos<sup>41</sup>. Por ejemplo, las personas se muestran más abiertas cuando completan un cuestionario de autoinforme en formatos computerizado o de lápiz y papel, que en entrevistas cara a cara. Su validez puede ser mejorada también asegurando la confidencialidad de los datos, con una formulación del instrumento claramente comprensible para el respondente y comprobando que el entrevistado no está intoxicado cuando es evaluado<sup>42</sup>. En trastornos no psicóticos (trastorno bipolar y trastorno por estrés posttraumático) se ha comprobado<sup>43</sup> que el autoinforme es un método válido con ciertas condiciones: bajo un tratamiento concreto, cuando se recogen además muestras de orina, cuando son personas bien conocidas por los profesionales y cuando la honestidad del autoinforme esta fomentada por el entrevistador. El autoinforme, en conclusión, cuando es realizado por un profesional formado, que conoce las consecuencias del abuso de sustancias en el TMG, es a menudo suficiente para evaluar la severidad del TUS según las clasificaciones internacionales.

- *La monitorización es un método* prospectivo que construye una «visión longitudinal» registrando las prácticas de abuso de drogas así como las principales consecuencias sobre la vida cotidiana del usuario (efectos sobre síntomas, cumplimiento del tratamiento, conflictividad familiar, etc.). Este sistema revela la presencia de la variable monitorizada aportando una idea más precisa de su intensidad<sup>47</sup> y frecuencia. La monitorización puede dilucidar la tendencia que adopta la relación del usuario con las drogas a medio y largo plazo.
- *Observación directa.* Es una de las fuentes de obtención de información más importante, ya se desarrolle en dispositivos de la red asistencial o de la comunidad. Por ejemplo si el usuario es visto con personas intoxicadas por drogas es una evidencia de que, o bien tiene un trastorno por uso de drogas, o bien está en una situación de alto riesgo. La observación de diversos cambios conductuales como la forma de hablar, topografías conductuales, extraversión o introversión súbitos, así como una ausencia inusual a citas, síntomas repentinos, conflictos, etc., puede indicar un posible abuso de sustancias.
- *Información colateral.* Los profesionales acceden a muestras de conductas limitadas predispuestos por sus propias interacciones, contactos y observaciones con el usuario. Esta dependencia de una muestra limitada de conducta puede ser superada por información colateral de otras personas que tienen un contacto regular con el usuario<sup>18</sup>. Profesionales de tratamientos anteriores (residenciales, laborales etc.) y familiares, son las fuentes más frecuentes, pero puede haber muchas otras (amigos, párrocos, etc.).
- *Detección biológica.* Aunque estas pruebas no documentan las consecuencias del consumo, pueden iden-

tificar qué usuarios han usado recientemente drogas. Su método no distingue entre uso puntual/habitual y existe la posibilidad de falsos negativos. Los consumos crónicos están asociados a valores séricos bajos de la sustancia o de sus metabolitos (posiblemente por un aumento de la eficiencia metabólica en su eliminación). Las principales técnicas son<sup>37</sup>:

- Análisis de orina: barato, poco invasivo, se utiliza principalmente para comprobar el uso de drogas en los días anteriores (consumo si o no); no discrimina entre uso crónico/puntual, dosis baja/alta; uso esporádico/crónico. Algunos estudios<sup>43</sup> con personas con TD han encontrado que con frecuencia estas personas informaban de consumos que no fueron detectados por análisis de orina. En un servicio de urgencias psiquiátricas solamente el 20% de los sujetos que habían negado uso de drogas dieron positivo en un análisis de orina<sup>45</sup>.
- Determinación de niveles plasmáticos (análisis de sangre): técnica cara, invasiva y poco accesible a la mayoría de los profesionales de rehabilitación. Aunque existe una curva dosis/respuesta, los resultados pueden estar afectados por múltiples factores: edad, sexo, volumen corporal y grasa, etc.
- Análisis espirométrico: práctica barata y rápida para la estimación de la alcoholemia que ha encontrado su sitio en medicina de urgencia y en vigilancia policial del tráfico.
- Análisis del cabello. Es una técnica poco invasiva que ha demostrado ser bien tolerada por las personas con TD. En el estudio de Phillips<sup>46</sup> los sujetos dieron una subestimación del abuso de psicoestimulantes y narcóticos a través de un cuestionario estructurado comparados con los resultados obtenidos por análisis del pelo o de la orina. El análisis del pelo es una prueba sensible del abuso de sustancias y tiene varias ventajas sobre los cuestionarios y análisis de la orina en la clínica e investigación. Además es más apropiada para la detección del uso de sustancias en grupos específicos de personas con esquizofrenia, por ejemplo durante el primer episodio, en recaída psicótica, con problemas legales o con resistencia evidente al tratamiento.

La experiencia<sup>18</sup> demuestra que los profesionales tienen más resistencia para la realización de análisis biológico que los propios usuarios. Si se vencen estos obstáculos, las rutinas de detección con análisis de orina o del cabello, mejoran el insight de muchos usuarios. En general, se recomienda el uso regular de tests bioquímicos cuando la situación clínica sugiera un posible abuso de drogas, así como mantener cierta regularidad (al menos una vez al mes) en aquellos usuarios que estén en proceso de recuperación.

## 2.2. Instrumentos de evaluación del uso de drogas en personas con trastornos mentales graves

Existe una gran variedad de instrumentos estandarizados dirigidos a la evaluación del uso de drogas<sup>47</sup>. Tras una

revisión de aquellos que han sido utilizados con PTMG los hemos ordenado en los siguientes apartados:

- 2.2.1. Instrumentos de evaluación general
- 2.2.2. Instrumentos de detección (cribado)
- 2.2.3. Instrumentos que valoran la severidad de la dependencia
- 2.2.4. Escalas clínicas de clasificación
- 2.2.5. Registros descriptivos de frecuencia/cantidad
- 2.2.6. Prevención de recaídas y evaluación del riesgo de abuso
- 2.2.7. Motivación y preparación al cambio
- 2.2.8. Multidimensionales

La elección del método o tipo de instrumento más adecuado dependerá del objetivo de la evaluación, de la relación costos / beneficios, la cualificación profesional, presión asistencial, etc. Los *instrumentos de cribado* son muy sensibles para detectar niveles bajos de abuso de sustancias, pero son menos sensibles para discriminar grados en el uso o abuso. Los instrumentos de cribado están indicados para explorar en población general y para detectar la presencia potencial del abuso y dependencia. A la inversa, las medidas de *severidad de la dependencia* son a menudo insensibles a los niveles bajos de uso y se usan más apropiadamente con personas en las que se ha detectado un trastorno por uso de sustancias, y para monitorizar los resultados del tratamiento. Los *registros de frecuencia /cantidad* obtienen una descripción cuantitativa (frecuencias, cantidades de consumo, dinero, etc.); se utilizan clínicamente para propósitos diagnósticos y para determinar las metas del tratamiento. Las *medidas bioquímicas* son caras, no siempre están accesibles y, a menudo, son poco sensibles. Sin embargo pueden ser muy útiles si se requiere una validación externa del uso reciente. Este tipo de medidas, como las meramente cuantitativas, aportan medidas del uso de drogas pero no dan información sobre las consecuencias del consumo (psicológicas, laborales, sociales ni físicas) información particularmente importante para la planificación del tratamiento<sup>17</sup>.

En este capítulo se reseñarán exclusivamente aquellos instrumentos de evaluación que hayan sido probados en personas con TMG.

### 2.2.1. Instrumentos de evaluación global

Son instrumentos que dan una visión global de la persona e incluyen algún ítem sobre el uso de drogas: SCHIZOM, LSP, SBAS, DAS, HoNOS<sup>48</sup>, CAN, etc. Su cumplimentación depende de una evaluación previa y un conocimiento profundo de la persona evaluada.

Las *entrevistas de diagnóstico* generales como CIDI, MINI, SADS, DIS, etc. pueden ser muy útiles para el estableci-



miento de un diagnóstico. Por ejemplo, la CIDI<sup>49</sup> es un cuestionario exhaustivo y muy estandarizado para evaluar trastornos mentales de acuerdo con las definiciones y criterios de CIE-10 y DSM-IV. La PRISM<sup>50-51</sup> se utiliza en el campo de la toxicomanías para valoración de trastornos psiquiátricos. Pero la aplicación de estas entrevistas a la práctica cotidiana soporta varios inconvenientes: requieren un entrenamiento previo por parte del entrevistador y su administración tiene un alto consumo de tiempo (mínimo 1 hora). No obstante se están desarrollando versiones abreviadas (20 minutos) de la CIDI así como su administración por ordenador<sup>17</sup>. Un intento de reducir el tiempo necesario para la administración de la entrevista es la MINI<sup>52-53</sup> que también efectúa diagnósticos según DSM-IV o CIE-10. Adaptada en España<sup>53</sup> se trata de una entrevista estandarizada corta (15 minutos) con 14 secciones entre las que se encuentra el uso de alcohol y drogas. Al inicio de cada sección hay un cribado que permite continuar con una exploración más en profundidad, sólo si se considera necesario.

### 2.2.2. Instrumentos de detección (cribado)

CAGE – DAST – AUDIT – DALI – SDS – MIDAS

El cribado presenta la mejor relación entre eficacia y coste<sup>54</sup>. La subdetección del abuso de drogas en personas con TMG (estimada en torno al 50%<sup>22</sup>) está motivado en parte por la ausencia de adecuadas rutinas de cribado<sup>23</sup>.

El cribado se define como el proceso de identificar, con la ayuda de técnicas de rápida aplicación, a los individuos afectados de una enfermedad o de una anomalía hasta ahora desconocida. Los test de detección deben establecer una división entre las personas aparentemente sanas, pero posiblemente afectas de una enfermedad determinada, y aquellas probablemente exentas de tal enfermedad. Por tanto, su objetivo no es establecer un diagnóstico. Así, las personas cuyos resultados son positivos o dudosos, deben recurrir a un clínico especialista para verificar el diagnóstico y, si es necesario, para su tratamiento<sup>54</sup>. Los instrumentos de cribado deben ser de administración breve, fácilmente comprensibles por el sujeto entrevistado, con un sistema de puntuación simple para el profesional y aportar una información fiable que capacite al clínico para decidir cuándo se requiere una evaluación y una intervención más exhaustiva<sup>17</sup>. Idealmente el cribado debería de incorporarse en las prácticas cotidianas de los clínicos, especialmente si no se dispone de personal especializado para el establecimiento de categorías diagnósticas, ya que puede ser administrado por el personal de base que presta cuidados con un entrenamiento previo. Se recomienda que los instrumentos de cribado deben de cumplimentarse a la entrada y cada 6 meses. Los más utilizados en personas con TMG son:

- *CAGE: Cuestionario general sobre hábitos de vida (1984)*<sup>55,56</sup>.

El CAGE camuflado, también llamado «Cuestionario general sobre hábitos de vida», es útil para el cribado del alcoholismo y síndrome de dependencia alcohólica (SDA). Su nombre hace referencia a las preguntas que lo compo-

nen en inglés: Cut-down, Annoyed, Guilty, Eye-opener. Algunos ítems son muy incisivos y puede provocar suspicacia en el entrevistado por lo que se suelen presentar las 4 preguntas «camufladas» en el contexto de una entrevista más amplia. Las preguntas 3, 6, 9 y 11 configuran el test. La respuesta afirmativa a uno de estas preguntas ya supone un riesgo de SDA. Es un test sencillo, rápido y reproducible, pero ha obtenido cifras dispares de sensibilidad (49-97%) y de especificidad (79-96%); su uso se ha extendido gracias a su brevedad y facilidad de puntuación. Debe considerarse como un test de detección de problemas graves relacionados con el consumo alcohólico y no posee adecuada sensibilidad para detectar consumo de riesgo ni problemas leves. Según sus autores 2 ó 3 respuestas afirmativas suponen un alto grado de sospecha y 4 afirmaciones son patognomónicas de alcoholismo. Rodríguez-Martos, en la validación española<sup>56</sup>, recomienda explorar un periodo de dos años y propone un punto de corte de 2 (el más comúnmente aceptado). Ha sido utilizado en población psiquiátrica pero con unos índices de sensibilidad y especificidad bajos (en torno al 70%)<sup>17</sup>.

- *DAST Drug Abuse Screening Test (1982)*<sup>57</sup>.

El DAST fue diseñado como instrumento de administración breve para el cribado clínico y más dirigido a entornos de tratamiento de TUS. Adaptado del MAST para detectar drogas más allá del alcohol<sup>58</sup>. Los 28 ítems pueden ser autoadministrados o en formato de entrevista y arrojan un índice cuantitativo de problemas relacionados con las drogas. Dispone de versiones abreviadas de 20 y 10 ítems, ésta última ha sido utilizada en personas con TMG<sup>58-59-60</sup> identificando un punto de corte de 2 con criterios de sensibilidad y especificidad. Disponible adaptación en castellano<sup>61</sup> ([www.nova.edu/gsc/](http://www.nova.edu/gsc/)).

- *AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test (1988-1992)*<sup>62</sup>.

Realizado a partir de un estudio de la OMS entre seis países (Australia, Bulgaria, Kenya, Mexico, Noruega y USA) fue estandarizado por Saunders y cols<sup>63</sup>. Su objetivo era disponer de un instrumento capaz de detectar problemas leves y moderados relacionados con el consumo de alcohol. Validado en nuestro país por G. Rubio<sup>64</sup>, actualizado en el 2001<sup>65</sup>, consta de 10 preguntas, autoadministradas o entrevista, sobre el hábito de consumo y sus repercusiones en el último año. Ha demostrado una sensibilidad para el SDA del 80% y una especificidad del 90% y es especialmente adecuado cuando se siguen los criterios de la CIE-10. Varios estudios lo han utilizado en personas con un trastorno mental<sup>22</sup> y ha sido validado en esta población<sup>60</sup> estableciendo el punto de corte en 7/8 con buena sensibilidad y especificidad. Sin embargo una validación posterior<sup>66</sup> encontró que un punto de corte más bajo (= 3) aumenta la precisión del instrumento. Disponible versión en castellano<sup>68</sup>.

- *DALI: Dartmouth Assessment of Life Style Instrument (1998)*<sup>67</sup>.

Entrevista de 18 ítems diseñada específicamente para detectar el trastorno por uso de drogas en personas con TMG, en principio en unidades de agudos. Los autores

seleccionaron los mejores ítems de otros instrumentos de cribado (TWEAK, CAGE, DUST, ASI, LSRAI) con los que construyeron un nuevo instrumento de dos escalas, una para detectar el uso de alcohol y otra para la detección de otras drogas (cannabis, cocaína). Breve, fácil de usar, se puede administrar en seis minutos y exhibe una gran precisión para clasificar los trastornos por uso de sustancias. En una investigación posterior<sup>68</sup> para estudiar sus propiedades psicométricas en personas con TMG hospitalizados se concluye que la precisión global del DALI fue buena, pero se produjo un sub-diagnóstico del TUS, probablemente porque el ambiente del hospital modera el consumo. Requiere de validación en otros contextos. El instrumento, las instrucciones de puntuación y los puntos de corte están disponibles en inglés en [www.dartmouth.edu/psychrc/](http://www.dartmouth.edu/psychrc/)

- *SDS: Severity of Dependence Scale (1995)*<sup>69</sup>.

Escala breve, de 5 ítems, autoadministrada que valora específicamente los aspectos psicológicos de la dependencia (deterioro del control; preocupación y ansiedad por consumir). Como instrumento autoadministrado explora la dependencia autopercebida. Es mencionada como instrumento de cribado en una versión española<sup>70</sup>. Aunque se han buscado puntos de corte con implicación diagnóstica, los estudios no aportan datos consistentes sobre sus propiedades métricas<sup>71</sup>. Fácil de usar, a medio camino entre el cribado y la graduación de la dependencia, se ha utilizado en personas con TMG<sup>72</sup>. Es un instrumento apropiado como componente de una evaluación multidimensional.

- *MIDAS: Mentally Ill Drug Alcohol Screening (2000)*<sup>73</sup>.

Instrumento de cribado muy completo, permite recoger la puntuación en dos partes como monitorización y medida de resultados. Las preguntas del 1-12 corresponden con el abuso de sustancias y las preguntas del 13-18 con las de dependencia. Los autores recomiendan que los instrumentos de cribado deben administrarse a la entrada y cada 6 meses. Para ello el MIDAS tiene una medida inicial y otra de intervalo. La medida inicial busca la información en los antecedentes históricos (iniciando cada pregunta del cuestionario con «¿alguna vez usted...?»). La medida de intervalo busca en la información más reciente (iniciando cada pregunta del cuestionario con «¿en los últimos 6 meses...?»). De esta forma la recogida de datos documenta los problemas de uso de drogas actuales e históricos. Es un instrumento que ha sido usado como un segundo cribado, más detallado, si a los sujetos se les administra un primer cribado más corto y responden por encima de una determinada puntuación en el primer cribado (v.g. 1 o superior en el CAGE). Disponible en inglés.

### 2.2.3. Instrumentos de medida de severidad de la dependencia.

#### LDQ, ASI, M-SAPS, MALT

Una vez detectado el trastorno por uso de sustancias es necesario valorar su gravedad y monitorizar los resultados del tratamiento. Los instrumentos más extendidos en la

medida de la severidad son herramientas muy experimentadas, pero con poca sensibilidad para determinar la importancia del abuso en la población con TMG. Los más utilizados en esta población son:

- *LDQ: Leeds Dependence Questionnaire (1994)*<sup>74</sup>

El cuestionario de la dependencia de Leeds se ha desarrollado como un instrumento de evaluación breve y formando parte de un paquete de evaluación. Mide la severidad de la dependencia a través de 10 ítems autoadministrados. Sensible al cambio a través del tiempo y sensible en la graduación de la dependencia leve a la severa. Es bien entendido por los consumidores de alcohol y drogas. Todos los ítems se puntúan 0-1-2-3; no hay datos normativos. Ha sido utilizado en estudios con población psiquiátrica reclusa<sup>72</sup>, y en estudios con personas con TMG<sup>75</sup>.

- *ASI: Addiction Severity Index (1980)*<sup>30</sup>

El ASI es uno de los instrumentos más utilizados en el TUS para evaluar la naturaleza y gravedad de los problemas. Considera la adicción en términos de eventos que preceden, co-ocurren y/o resultan de problemas de abuso de drogas. Se puntúa la gravedad de los problemas de cada área entre 1-10, mediante una entrevista semi-estructurada. Revisa 7 áreas funcionales: estado médico; empleo y apoyo; uso de drogas; uso de alcohol; situación legal; situación sociofamiliar; situación psiquiátrica. En total son 142 ítems y el tiempo aproximado requerido es de 60-75 minutos. Ha sido utilizado con la población con TMG en detección<sup>31</sup> y evaluación<sup>44-76</sup> del uso de drogas, tanto en el ámbito anglosajón<sup>77-78</sup> como en España<sup>79-80</sup>. El estudio de validación del ASI en población psiquiátrica<sup>31</sup> alcanzó entre otras conclusiones, las siguientes:

- Es fiable, pero el grado de acuerdo en gravedad psiquiátrica solo es moderado.
- Las escalas son independientes unas de otras.
- La escala de empleo requiere mejoras.
- Las escalas de alcohol y drogas correlacionaron bien con otros instrumentos de TUS y con diagnósticos DSM-II-R.

Otros estudios en población con TMG<sup>77</sup> encuentran que el ASI no detecta hasta un 20% de consumidores en comparación con la SCID, por lo que no debería ser utilizado en detección del TUS entre pacientes psiquiátricos. El ASI parece subestimar los problemas de abuso de drogas de las personas con TMG por 3 razones<sup>32,33</sup>:

- El «uso regular» impone un punto de corte de al menos 3 veces en semana, válido para la población general, pero las personas con TMG pueden mostrar patrones de menor frecuencia semanal asociados a graves consecuencias.
- Carece de preguntas que exploren la interactividad entre ambos trastornos.
- La historia de tratamientos de drogas asume que éstos están suministrados en el sector de toxicomanías, cuando muchos tratamientos de personas con TMG se realizan en contextos de salud mental.

Estos investigadores ofrecen sugerencias para mejorar su uso con PTMG: la creación de una lista de síntomas psi-

quiátricos, añadir preguntas sobre aislamiento, enajenación, problemas con la familia y la sociedad, abreviar los intervalos de exploración, etc. En cualquier caso el ASI requiere entrenamiento del profesional y recordar que la medición tiene una fiabilidad tes-retest bastante bajo entre TMG<sup>34</sup>. Existe versión en español<sup>81</sup>.

- *M-SAPS: Minnesota substance abuse problems scale (1998)*<sup>83</sup>

Diseñada para valorar la intensidad y gravedad de la dependencia y de otros problemas relacionados. Se valoran los trastornos psiquiátricos y de conducta que están en relación directa con el consumo de drogas. Permite valorar al paciente durante el tratamiento y al finalizar la desintoxicación o deshabituación, y aporta información individualizada que permite diseños multidisciplinares de tratamiento. Evalúa problemas en diferentes ámbitos, ya que incluye ítems referidos a la escuela o al trabajo y a problemas relacionados con la familia de origen o con la familia-pareja. Se puntúa cada uno de los 37 ítems 0-1 según su ausencia o presencia, siendo el rango de 0-37. La escala puede completarse tras entrevista semiestructurada de 20-30 minutos o de forma autoaplicada (10 minutos). Sus 37 ítems evalúan tres factores:

- trastornos psiquiátricos y de conducta (14 ítems),
- trastornos en las relaciones sociales e interpersonales (11 ítems).
- síntomas de adicción y dependencia (12 ítems).

- *MALT: Münchner Alkoholismus Test (1977)*<sup>83</sup>

Fue diseñado en 1977 por Feuerlein, para el diagnóstico de dependencia alcohólica. Se encuentra validado en nuestro país por Rodríguez-Martos<sup>83</sup>. Esta versión validada posee 3 ítems más que la versión original, pero, según su autor, no influye en la validez ni hace necesario modificar los puntos de corte. Se utiliza para la confirmación del SDA. Consta de una parte subjetiva autoaplicada (MALT-S), y otra objetiva valorada por el profesional (MALT-O). El resultado se obtiene sumando las respuestas afirmativas del MALT-S, a las afirmativas multiplicada por cuatro del MALT-O. Valores entre 6-10 indican una sospecha de SDA, y los superiores a 10 confirman el SDA. La versión española ofrece valores de sensibilidad del 100%, especificidad 82-99% y valor predictivo positivo del 87%.

## 2.2.4. Escalas clínicas de clasificación

### CRS, CAUS-CDUS

Diseñadas para capacitar a «case managers» (responsables de caso) en la evaluación y monitorización del uso de drogas en PTMG. Los «case managers» y otros profesionales de rehabilitación siguen a sus pacientes en la comunidad y tienen acceso a información procedente de varias fuentes. Estas escalas permiten organizar, guiar y resumir la información procedente de múltiples fuentes y clasificar tanto el uso como el daño que el consumo produce a lo largo del tiempo.

- *CRS: Clinician Rating Scales (1995)*<sup>18</sup>

El CRS se compone de dos escalas (alcohol / drogas) según criterios del DSM para el TUS<sup>84</sup>. Las escalas de 5 puntos establecen una distinción clínica significativa en PTMG: abstinencia; uso no dañino; abuso; dependencia; dependencia con institucionalización. Utilizado por profesionales bien formados, es fiable, sensible y específico. Tiene elevada sensibilidad (identifica correctamente aquellas personas con problemas de drogas) y especificidad (no hace identificaciones incorrectas al señalar que alguien tiene problemas de drogas cuando en realidad no es así)<sup>85</sup>. EL CRS es más sensitivo que muchas escalas de autoinforme, incluidos el SCID y el ASI, principalmente porque se incorpora la información de un clínico o «case manager» u otra fuente colateral<sup>34</sup>. Es una evaluación apropiada para PTMG que están en contacto con los servicios de salud mental, excepto en de atención a agudos, donde interfiere la desorganización conductual.

- *CAUS – CDUS Clinician Alcohol Use Scale – Clinical Drug Use Scale (1987)*<sup>86</sup>.

Es un modelo muy similar al anterior, con escalas que permiten al responsable de caso («case manager») organizar la información dentro de una escala de 5 punto: los grados 1 y 2 describen ningún consumo o que el uso no es problemático. El punto 3 corresponde a problemas moderados del uso de drogas y a la categoría diagnóstica de abuso del DSM-III-R<sup>87</sup>. Los grados de 4/5 indican un uso severo/extremadamente severo de sustancias asignando un diagnóstico de dependencia. Los períodos de tiempo evaluados por las escalas varían desde varios meses a toda la historia vital y tienen buena validez y fiabilidad. Drake y cols.<sup>88</sup> han encontrado que estas escalas son medidas más sensibles del trastorno actual del uso del alcohol en personas con esquizofrenia que las entrevistas con instrumentos estándar de evaluación del uso de alcohol como el CAGE<sup>55</sup> y la MAST<sup>89</sup>. Diseñadas en los años 80 siguen siendo utilizadas en estudios de investigación<sup>90</sup> sobre el TD.

El SEGUD<sup>2-26</sup> dispone de una escala clínica de clasificación en 5 puntos: sin consumo; uso adecuado; consumo asociado a problemas; abuso; dependencia (ver más adelante la descripción del SEGUD)

## 2.2.5. Registros descriptivos de frecuencia /cantidad. TLFB

Los registros de frecuencia/cantidad obtienen una descripción precisa de los factores más significativos de las prácticas de abuso (situaciones de consumo, frecuencias, cantidades de consumo, dinero, etc.); se utilizan clínicamente para propósitos diagnósticos y para determinar metas a corto plazo del tratamiento.

- *TLFB: Time Line Follow Back (1980)*<sup>91</sup>

El TLFB aporta un eficaz procedimiento para obtener información específica sobre el consumo reciente de drogas. Se trata de un sistema de recogida de la información en forma de calendario que ayuda al usuario para recordar el uso de drogas en intervalos de tiempo de diversa longitud. Es muy útil en usuarios que admiten el consumo para



caracterizar su patrón de uso, ya que esta estimación puede estar distorsionada en personas reacias a informar. Tiene un excelente nivel de acuerdo con el ASI en un intervalo de 30 días pero el procedimiento del TLFB puede obtener mejores estimaciones del uso de alcohol para este intervalo de 30 días<sup>85</sup>. Considerando que a veces un consumo moderado de alcohol o drogas puede llevar a consecuencias adversas para las PTMG, el TLFB parece ofrecer una evaluación mejor. Otra ventaja del TLFB es que puede obtener datos fiables cuando es administrado por teléfono o por ordenador<sup>92</sup>. Recomendado por la OMS y validado en inglés, español y sueco<sup>93-94</sup>. Disponible en castellano en [www.nova.edu/gsc/](http://www.nova.edu/gsc/).

### 2.2.6. Prevención de recaídas. IDS – IDTS

El objetivo de estos instrumentos es estimar las probabilidades de recaer en el consumo de drogas y a identificar las situaciones de alto riesgo.

- *IDS-IDTS Inventory Drinking / Drug-Taking Situations (1982)*<sup>95-96</sup>

En estos inventarios el usuario tiene que identificar las situaciones en las que ha consumido alcohol o drogas durante el año anterior. Se utiliza una escala con cuatro alternativas en cada una de las situaciones: nunca, raramente, frecuentemente, casi siempre. Los 50 ítems de situaciones se enmarcan dentro de 8 tipos de situaciones de riesgo, siguiendo la propuesta del grupo de Marlatt, que a su vez se dividen en 2 categorías generales: interpersonales e intrapersonales<sup>97</sup>. Este instrumento se fundamenta en la idea de que las situaciones de consumo ocurridas en el pasado reciente, pueden representar situaciones de riesgo en el futuro, lo cual es importante en la planificación del tratamiento. Es, junto con el TLFB, uno de los instrumentos de evaluación usados por la OMS en pruebas clínicas<sup>95</sup>. Su validez se comprobó, junto con el TLFB, con pacientes con abuso de alcohol procedentes de 4 países (Australia, Canadá, México y Suecia). Generalmente el TLFB y el IDS demostraron ser fiables y válidos con esta población en los 4 países, y en los 3 idiomas. Estos resultados sugieren que TLFB y el IDS pueden ser usados en contextos clínicos con personas con abuso de alcohol y hablantes de español, inglés y sueco. Los trabajos realizados por Tejero y Trujols<sup>98</sup>, con una muestra de 124 personas adictas a la heroína, apoyan la versión española del IDTS, que parece poseer una consistencia y validez internas satisfactorias. Hay estudios del uso del IDS en personas con TD<sup>99</sup>.

### 2.2.7. Evaluación de la motivación y preparación al cambio

RCQ; URICA; SÓCRATES; SATS

El proceso de recuperación desde un TUS es largo y puede durar hasta varios años. Los profesionales deben contemplar esta cualidad, de proceso temporal, para no generar expectativas poco realistas, ni ofrecer intervenciones para las que el usuario aun no está preparado. El modelo transteórico de los estadios del cambio de Prochaska y Di Clemente<sup>100</sup> y de la entrevista motivacional<sup>101</sup> funda-

mentan instrumentos de evaluación del progreso de las personas en la recuperación de un TUS. Según este modelo las personas se recuperan de un TUS con una secuencia habitual: primero, inician el enganche en algún tipo de relación terapéutica. Segundo, se va desarrollando la motivación para moderar o eliminar el uso de drogas. Tercero, adoptan estrategias de cambio activas para poder controlar el uso de drogas o conseguir la abstinencia. Cuarto, su esfuerzo se dirige a intentar mantener los cambios realizados y a construir apoyos para prevenir recaídas. Estas observaciones llevaron a Osher y Kofoed<sup>102</sup> a postular 4 etapas en el proceso de recuperación: enganche, persuasión, tratamiento activo, y prevención de recaídas.

El uso de instrumentos que evalúan las etapas de preparación al cambio recuerda a los profesionales la condición longitudinal del proceso y permite identificar las opciones del tratamiento más apropiadas para el paciente según la etapa actual del proceso de recuperación en que se encuentre. El uso de las etapas del tratamiento no implica que el proceso de recuperación sea lineal en el tiempo. El abuso de sustancias es un trastorno crónico que cursa con recaídas. Los usuarios frecuentemente reinciden y ciclan entre diversas etapas, especialmente en las etapas más tempranas del tratamiento, como parte natural del proceso de recuperación. Las necesidades de tratamiento siempre deben de estar acompañadas con la etapa de recuperación del cliente en cada momento.

*Por ejemplo, una persona sin hogar, viviendo en un albergue municipal, debe ser enganchado en una «relación de tratamiento», antes de interesarse en seguir un tratamiento para el TUS. Una vez enganchado en una relación terapéutica, debe tener un interés para perseguir la abstinencia antes de participar en intervenciones orientadas a conseguir la abstinencia. Antes de conseguir que la motivación esté presente, las intervenciones motivacionales son más apropiadas que las intervenciones dirigidas al cambio directamente. Con bastante frecuencia las personas con TUS acceden a tratarse por una motivación extrínseca: presión familiar, orden judicial, situación médica, laboral, etc. Convertir esa motivación extrínseca en una más personal sería uno de los principales objetivos terapéuticos.*

- *RCQ: Readiness to Change Questionnaire (1992)*<sup>103</sup>.

El Cuestionario de Disposición al es rápido, fácil de realizar y consta de 12 ítems, 4 por cada uno de los 3 estadios que identifica (precontemplación, contemplación y acción). Cada frase del cuestionario tiene cinco opciones de respuesta que van desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo. Se han señalado dificultades en la versión española<sup>104</sup> respecto al grado de comprensión para los pacientes de nuestro entorno, y por otra parte la forma de corrección resulta problemática, no es el más recomendable.

- *URICA: University of Rhode Island Change Assessment (1989)*<sup>105</sup>.

Es un autoinforme que consta de 32 ítems para cinco estadios (precontemplación, contemplación, acción, mantenimiento, recaída). Evalúa la disposición o preparación



para el cambio de forma general (en abusadores de alcohol, en psicoterapia, anorexia<sup>106</sup>, etc.), tratando los «problemas» y el cambio de los pacientes de una forma más general.

- *SÓCRATES: Stages of Change Readiness Treatment Eagerness Scale (1996)*<sup>107</sup>.

Evalúa la preparación al cambio respecto al abuso de drogas. Se puntúa en 3 escalas: reconocimiento, ambivalencia, dando pasos. Establece 5 etapas en el proceso del cambio: precontemplación, contemplación, determinación, acción, mantenimiento. En contextos clínicos el SÓCRATES puede ayudar en la planificación del tratamiento y en investigación es un importante predictor de los resultados a largo plazo del tratamiento. Está disponible en versión de papel y lápiz, puede ser autoadministrado (40 ítems en 5 minutos) o rellenado por el profesional con la información del paciente en 3 minutos aproximadamente. Dispone de varias versiones: para consumidores drogas, para hombre o mujeres, para allegados, versiones reducidas a 19 ítems, etc. Ha sido utilizado en estudios con personas con TMG<sup>44</sup>. Su distribución es libre, se solicita a Prof. Miller, University of New México, Center of Alcoholism.

- *SATS: Substance Abuse Treatment Scale (1995)*<sup>108</sup>.

El SATS es una extensión de 4 a 8 etapas del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente<sup>100</sup>. Evalúa las etapas del tratamiento por abuso de drogas recogiendo la información en el intervalo de los últimos 6 meses. Las 8 etapas son:

- Pre-enganche: no hay contacto con dispositivos asistenciales.
- Enganche: se ha establecido un contacto irregular sin alianza de trabajo.
- Persuasión inicial: Hay un contacto regular con un profesional, pero no hay reducción del consumo. Implica una alianza de trabajo.
- Persuasión avanzada: además de una relación con el profesional, hay muestras de reducción en el uso al menos una vez al mes.
- Tratamiento activo en fase inicial: El usuario está comprometido con el tratamiento, ha reducido el uso durante un mes o más, y trabaja hacia la abstinencia
- Tratamiento activo avanzado: la persona está comprometida con el tratamiento, y ha alcanzado la abstinencia (o uso controlado) pero durante menos de 6 meses.
- Prevención de Recaídas. El usuario ha alcanzado la abstinencia (o uso controlado) durante al menos 6 meses. Se permiten fallos ocasionales.
- En remisión o recuperación. El usuario no ha tenido problemas de drogas durante un año y no estará más tiempo en tratamiento.

Se ha aplicado en población comunitaria con TD<sup>109-110</sup>. Puede ser usado tanto como medida del proceso como una medida de resultados, aplicable con individuos y con grupos.

## 2.2.8. Evaluación multi-dimensional. SEGUD

«Muchos de los problemas (de la evaluación del abuso de drogas en TMG) pueden ser reducidos si se consigue una visión longitudinal de los sujetos desde múltiples fuentes de información tales como las familias, case managers, historiales hospitalarios y comunitarios, entrevistas estructuradas, y análisis de orina».

Drake, Osber, Noordsy, Hurlbut, Teague, & Beaudett (1990)<sup>111</sup>

Los procedimientos de evaluación más eficaces en el TD establecen dimensiones y jerarquías en la exploración, recogen la información de varias fuentes (autoinformes, observaciones, informes de allegados, evaluaciones clínicas, etc.), realizan un seguimiento longitudinal y se centran en los asuntos más relevantes para las personas con TMG (interrelación de síntomas, adhesión al tratamiento farmacológico y rehabilitador, mantenimiento del hogar, ajuste familiar, etc.). El SEGUD fue diseñado para personas con TMG en los contextos de rehabilitación psicosocial.

- *SEGUD: Sistema de Evaluación Global del Uso de Drogas (1995)*<sup>2-26</sup>.

Es un paquete de evaluación de las diferentes dimensiones del uso de drogas en PTMG. Guía la exploración y organiza la información procedente de diversas fuentes (informes clínicos, usuario y familia). Es una evaluación orientada a la intervención, basada en el análisis funcional de la conducta<sup>112</sup>, pero, además, su uso rutinario permite una evaluación de resultados con la Escala Clínica de Clasificación de 5 puntos: sin consumo; uso adecuado; consumo asociado a problemas; abuso; dependencia. La batería reúne varios tipos de instrumentos para evaluar 4 dimensiones del uso de drogas:

1. Detección de Riesgos Asociados (incluye detección del uso de drogas).
2. Evaluación del «Consumo Histórico y Actual».
3. Monitorización del Abuso de Drogas.
4. Prevención de Recaídas

1. «Detección de Riesgos Asociados» es un instrumento de cribado para detectar la incidencia de «factores de riesgo asociados»<sup>113</sup> en PTMG (drogas, agresividad, sinhogar, etc.). Dispone de 7 ítems que se resuelven en una respuesta dicotómica: SI/NO presencia del factor de riesgo. Se recoge la información de diversas fuentes (informes clínicos, entrevistas con usuario y cuidadores principales) lo cuál aumenta su fiabilidad. El ítem de cribado del TUS no discrimina rangos dentro del trastorno sino que indica la necesidad de una evaluación posterior más exhaustiva con el instrumento de «Evaluación del Consumo Histórico y Actual». En caso de detección negativa se ha de incluir un plan de gestión del riesgo en el PIR<sup>114</sup> tras administrar el cuestionario de «Prevención de Recaídas».

2. *Evaluación del «Consumo Histórico y Actual»*. Se trata de una entrevista semiestructurada para personas en las que se ha vez detectado el consumo (actual o histórico). Se exploran las variables y consecuencias asociadas al consumo y las interacciones entre el TMG y el TUS. Una tabla facilita la descripción de frecuencias, edades de máximo

consumo y una categoría que identifica el tipo relación que una persona mantiene con las drogas. La Escala Clínica de Clasificación tiene 5 categorías: sin consumo; uso adecuado; consumo asociado a problemas; abuso; dependencia.

3. *Monitorización del abuso de drogas.* Es un instrumento prospectivo que construye una «visión longitudinal» mediante un registro de las prácticas de uso, así como de las principales consecuencias sobre la vida del usuario (efectos sobre síntomas, cumplimiento del tratamiento, conflictividad familiar, etc.). La monitorización proporciona una estimación de la tendencia del usuario en su relación con las drogas a medio y largo plazo. La información se obtiene a través del autoinformes del usuario, junto con otras fuentes complementarias (autoregistros, compañeros, familia, toxicología, etc.). El registro se diseña de forma individualizada para cada usuario en función del análisis funcional<sup>112</sup> proporcionado por el instrumento de «Evaluación del Consumo Actual».

4. *Prevención de Recaídas.* Dirigido a personas que actualmente no tienen problemas por consumo drogas. Este instrumento es una guía que ayuda en la elaboración de un juicio clínico sobre el riesgo de que una persona inicie un uso dañino de drogas. Lo cumplimenta el profesional haciendo un barrido por 11 factores de riesgo y 4 de protección frente al uso de drogas. Tiene 3 sub-escalas: factores de riesgo estables, dinámicos y factores protectores. El resultado, en forma de puntuación, permite situar a cada persona en una situación teórica de Bajo, Moderado o Alto Riesgo, lo cual tiene relevancia en la planificación de una intervención preventiva en el PIR.

El SEGUD diseña dos circuitos, el circuito de gestión del daño por uso de drogas y el circuito de gestión del riesgo de inicio de abuso de drogas (ver en anexo el algoritmo de evaluación). Es un instrumento en desarrollo que requiere de entrenamiento previo, así como conocimientos sobre el TD, la evaluación psicométrica y los sistemas de clasificación internacional de los trastornos mentales. Se puede solicitar a sus autores: [jafer@correo.cop.es](mailto:jafer@correo.cop.es).

### 3. Conclusión

Todo programa para PTMG debe ser un programa dirigido al TD porque su prevalencia indica que es una norma más que una excepción. Sin embargo, las personas con TD reciben una respuesta asistencial poco específica a sus necesidades. *De hecho, la rehabilitación psicosocial podrá ser un factor de protección o de riesgo de abuso de drogas, en función de la cualificación y formación de los equipos en la detección, evaluación, prevención e intervención sobre el uso de drogas en PTMG.*

La evaluación del TD en rehabilitación psicosocial necesita seguir mejorando los instrumentos de detección y exploración del abuso de drogas en la población con TMG. Disponemos de algunos instrumentos útiles en personas con trastornos mentales, pero la mayoría de éstos requieren más pruebas para mejorar su validación, así como su adaptación a nuestra cultura (idioma, etc.). Considerando la extensión del uso de alcohol y drogas en esta población,

el TD debe de ser un área de investigación continuada incluyendo el desarrollo de nuevos instrumentos. Pero hasta que llegue el momento de disponer de instrumentos más desarrollados, debemos:

- Utilizar abordajes multi-dimensionales con instrumentos complementarios.
- Recoger información de diversas fuentes.
- Explorar períodos de tiempo amplios (no inferior a un año).
- Centrar la evaluación en asuntos relevantes para las personas con TMG: interactividad consumo-síntomas, adherencia a los tratamientos: farmacológico, rehabilitador, etc.
- Incluir una evaluación longitudinal y prospectiva (monitorizar el consumo).

La rehabilitación psicosocial es un proceso que promueve frecuentes contactos entre el profesional, el usuario, la familia, cuidadores y otras personas de referencia (clínicos, servicios sociales, etc.). Estableciendo una buena relación con el usuario y su familia es asequible detectar los problemas por consumo de drogas. Una reconstrucción respetuosa del historial de consumo sería el siguiente paso. En rehabilitación son necesarios métodos que ayuden a obtener y organizar la información sobre el uso de drogas y su interacción con los síntomas del TMG. Métodos que también permitan situar al usuario dentro de una estructura categorial (o diagnóstica) que encuadre un posterior nivel de evaluación funcional que dirija la intervención.

### 4. Propuestas de evaluación

Se proponen tres modelos de evaluación del uso de drogas en PTMG, en función de las características de cada dispositivo:

1. Un «set de doble cribado» es apropiado en dispositivos con escaso personal y alta presión asistencial. El personal básico de rehabilitación (auxiliar de rehabilitación, educador, etc.), con entrenamiento previo, podría aplicar dos niveles de cribado<sup>116,117</sup>, de forma que a las personas que superen una determinada puntuación en un test de cribado rápido (por ejemplo, un 1 en el CAGE; un 8 en el AUDIT) se les administra una prueba de cribaje secundario, más detallado, como el MIDAS<sup>110</sup>, o el LDQ<sup>115</sup>.

2. Las *Escalas Clínicas de Clasificación* son apropiadas en programas con clínicos formados y alta carga asistencial. Estas escalas son breves y rápidas de administrar, pero exigen, un buen conocimiento del usuario, una alta frecuencia de contacto, así como un buen manejo de las clasificaciones diagnósticas al uso. No orientan la intervención.

3. La «evaluación multi-dimensional» exige ratios altas de profesional por paciente, así como clínicos formados en el TD y en el uso de instrumentos de evaluación. Se proponen dos opciones:

- a. El SEGUD es una batería con 4 dimensiones (detección, severidad del uso histórico-actual, monitorización y prevención de recaídas). Se complementa con una valoración de motivación (SÓCRATES ó SATS) que orienta la intervención en función de la motivación al cambio.

- b. Otra opción, el DALI ó DAST (detección), CRS ó Escala de Clasificación Clínica del SEGUD (severidad), TLFB (cuantificación) junto con el SATS ó SOCRATES (motivación). Hoy por hoy dispone de versión en español DAST, SEGUD, TLFB y SÓCRATES.

Todas estas pruebas ya han sido utilizadas con PTMG, son fácilmente accesibles (no siempre traducidas), bien en Internet, bien en manuales, pero es necesario volver a insistir en la importancia de adquirir una adecuada formación profesional antes de introducir su rutina clínica.

## Bibliografía

- Novell Alsina R (Coord.), Rueda Quillet R y Salvador Carulla L. Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual. Guía práctica para técnicos y cuidadores. Colección FEAPS / N.º 4 / 3.ª Edición, Madrid: FEAPS, 2004.
- Fernández Fernández JA, R Touriño-González. Evaluación e intervención sobre el trastorno dual en rehabilitación psicosocial. *Rev. Rehabilitación Psicosocial*. 2006; 3(1).
- Adington J, Addington D. Effect of substance misuse in early psychosis. *British Journal of Psychiatry* 1998; 172 Suppl 33: 134-6.
- Swofford CD, Kasckow JW, Scheller-Gilkey G, Inderbitzin LB. Substance use: a powerful predictor of relapse in schizophrenia. *Schizophr Res*. 1996 May;20(1-2):145-151.
- Howes OD, Kapur S. The dopamine hypothesis of schizophrenia: Version III-The final common pathway. *Schizophrenia Bulletin*. 2009 may; 35(3): 549-562.
- Xie H, McHugo GJ, Helmstetter BS and Drake RE. Three-year recovery outcomes for long-term patients with co-occurring schizophrenic and substance use disorders. *Schizophrenia Research* Vol 75, n 2-3, 2005, 337-348.
- Dixon L., Haas, G., Weiden P, Sweeney J., Frances A.: Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *American Journal of Psychiatry* 1991; 141:224-30.
- Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2007-2008, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Octubre 2008. [www.msc.es/webloc](http://www.msc.es/webloc).
- Regier D, Farmer M E, Rae D S, et. Al.: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from Epidemiologic Catchment Area. *Journal of the American Medical Association*, 1990: 264, 2511-2518.
- Duke, Pantelis, McPhillips y Barnes, 2001. comorbid non-alcohol substance misuse among people with schizophrenia: epidemiological study in central London. *Br. J. Psychiatry* 2001; 179:509-513
- Swartz MS, Wagner HR, Swanson JW, Stroup TS, McEvoy JP, Canive JM, Miller DD, Reimherr F, McGee M, Khan A, Van Dorn R, Rosenheck RA, Lieberman JA. Substance use in persons with schizophrenia: baseline prevalence and correlates from the NIMH CATIE study. *J Nerv Ment Dis*. 2006 Mar;194(3):164-72.
- Girón García, S. Los estudios de seguimiento en drogodependencias: una aproximación al estado de la cuestión. *Trastornos Adictivos*. 2007;9(2):75-96.
- Vaillant G.E. (1983). *The Natural History of Alcoholism*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Vaillant G.E. (1988). What can long-term follow-up teach us about relapse and prevention of relapse in addiction? *British Journal of Addiction*, 83, 1147-1157.
- Bartels, S.J., Drake, R.E., & Wallach, M.A. (1995). Long-term course of substance use disorders among patients with severe mental illness. *Psychiatric Services* 46: 248-251.
- Margolese HC, Malchy L, Negrete JC, Tempier R and Gill K. Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. *Schizophrenia Research*, Volume 67, Issue 3, Pages 157-166
- Dawe S, Loxton N, Hides L, Kavanagh DJ, Mattick RP. Review of diagnostics screening instruments for alcohol and other drug use and other psychiatric disorders. Publications Production Unit (Public Affairs, Parliamentary and Access Branch) Commonwealth Department of Health and Ageing. Publication approval number: 3146. Copyright Commonwealth of Australia 2002.
- Mueser, K.T., Drake, R. E., Clark, R. E., McHugo, G. J., Mercer-McFadden, C., & Ackerson, T. H. (1995). A toolkit for evaluating substance abuse in persons with severe mental illness. Cambridge, MA: the Evaluation Center@HSRI.
- San Molina, L (coord) 2004; b. Consenso de la SEP sobre patología dual. *Psiquiatría Editores*, SL. Barcelona.
- Drake, R.E.; McHugo, G.M.; and Noordsy, D.L. Treatment of alcoholism among schizophrenic outpatients: Four-year outcomes. *American Journal of Psychiatry* 150: 328-329, 1993.
- Barnaby B, Drummond C, McCloud A, Burns T, Omu N. Substance misuse in psychiatric inpatients: comparison of a screening questionnaire survey with case notes. *BMJ* 2003;327:783-784,
- Ananth, J., Vandewater, S., Kamal, M., Broksky, A., Gamal, R., & Miller, M.: Missed diagnosis of substance abuse in psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 4, 297-299, 1989.
- Lubman D I, Sundram S. Substance misuse in patients with schizophrenia: a primary care guide. *MJA* vol 178, 2003; pp 71-75.
- Rosenberg SD, Drake RE, Wolford GL, Mueser KT, Oxman TE, Vidaver RM, Carrieri KL, Luckoor R. 1998. Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument (DALI): a substance use disorder screen for people with severe mental illness. *Am J Psychiatry* 1998 Feb;155(2):232-8
- Ley A, Jeffery D, Ruiz J, McLaren S, and Gillespie C. Underdetection of comorbid drug use at acute psychiatric admission. *Psychiatr. Bull.*, Jul 2002; 26: 248 – 251.
- Fernández JA, Touriño R, Baena E. Intervenciones psicológicas en los trastornos por abuso de sustancias en personas con trastorno psicótico En G Rubio, López-Muñoz, Álamo, S-Domingo (editores) «Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias». Madrid: Médica Panamericana, (2002), pp.599-630.
- García-Campayo, J, Sanz, C (2002). Epidemiología de la comorbilidad entre abuso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos. En Rubio G, López Muñoz F, Álamo C, Santo Domingo J. (ed) *Trastornos Psiquiátricos y abuso de sustancias* (pp135-54) Ed Panamericana. 2002.
- Knudsen, P., & Vilmar, T. (1984). Cannabis and neuroleptic agents in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 69, 162-174.
- Treffert, D.A. (1978). Marijuana use in schizophrenia: A clear hazard. *American Journal of Psychiatry*, 135, 1213-1215.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., O'Brien, C.P., & Woody, G.E. (1980). An improved diagnostic instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26-33.
- Lehman AF, Myers CP, Dixon LB, XXXillar JL. Detection of substance use disorders among psychiatric inpatients. *J Nerv Ment Dis*. 1996 Apr;184(4):228-33.
- Zanis DA, McLellan AT, Corse S: Is the Addiction Severity Index a reliable and valid assessment instrument among clients with severe and persistent mental illness and substance abuse disorders? *Community Mental Health Journal* 33:213-227, 1997
- Corse SJ, Hirschinger NB, Zanis D: The use of the Addiction Severity Index with people with severe mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 19 :9-18, 1995.
- Alexander MJ, Haugland G. Integrating Services for Co-occurring Disorders. Final Report Prepared for The New York State Conference of Local Mental Hygiene Directors. Center for the Study of Issues in Public Mental Health. Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research. NY 10962. Web site: [csipmh.rfmh.org](http://csipmh.rfmh.org). March, 2000.
- Muñiz J, y Fernández Hermida JR. La utilización de los tests en España. *Papeles del Psicólogo*, n.º 76, 2000.
- Ariño Viar J; Ballesteros Rgez y Gutierrez Fraile, M (2000) Alcoholismo y toxicomanías. E Bulbena A, Berrios G, Fernández



- P «Medición clínica en psiquiatría y psicología» Masson; pp. 245-54
37. Dixon L., Haas, G., Weiden P., Sweeney J., Frances A.: Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *American Journal of Psychiatry* 1991; 141:224-30.
  38. Shaner A, Khalsa E, Roberts L: Unrecognized cocaine use among schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry* 150:758-762, 1993[Medline]
  39. Stone AM, Greenstein RA, Gamble G, McLellan AT: Cocaine use by schizophrenic outpatients who receive depot neuroleptic medication. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44:176-177.
  40. Jackson CR, Covell NH, Frisman LK, Essock SM. Validity of Self-Reported Drug Use Among People with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders. *Journal of Dual Diagnosis: Volume: 1 Issue: 1. 2005: 49 – 63*
  41. Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J. AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care (WHO Publ No PSA/92.4). Geneva, World Health Organization, 1992.
  42. Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (1995). Alcohol consumption measures. In J. P. Allen & M. Columbus (Eds.), *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers* (4 ed., pp. 55-76). Washington D.C.: U.S. Govt Printing Office.
  43. Weiss RD, Najavits LM, Greenfield SF, Soto JA, Shaw SR, and Wyner D. Validity of Substance Use Self-Reports in Dually Diagnosed Outpatients. *Am J Psychiatry* 155:1, January 1998.
  44. El-Guebaly N, Hodgins DC, Armstrong S, Addington J. Methodological and clinical challenges in evaluating treatment outcome of substance-related disorders and comorbidity. *Can J Psychiatry*. 1999 Apr;44(3):264-70.
  45. Schiller MJ, Shumway M, Batki SL: Utility of routine drug screening in a psychiatric emergency setting. *Psychiatric Services* 51:474-478, 2000.
  46. McPhillips MA, Nelly FJ, Barnes TR, Duke PJ, Gene-Cos N, Clark K. Detecting comorbid substance misuse among people with schizophrenia in the community: a study comparing the results of questionnaires with analysis of hair and urine. *Schizophrenia Research*. Vol 25, Issue 2 , 24 1997, Pp 141-148.
  47. CODI Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders Initiative [Winnipeg Region] <http://www.afm.mb.ca/codi.html>
  48. Uriarte, JJ; Beramendi, V; Medrano, J. Presentación de la traducción al castellano de la escala HoNOS. *Psiquiatría Pública* 1999; 11: 93-101.
  49. Kessler, R.C., & Ustun, T.B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *The Journal of Methods in Psychiatric Research*.
  50. Hasin DS, Trautman KD, Miele GM, Samet S, Smith M, Endicott J. Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): reliability for substance abusers. *Am J Psychiatry* 1996 Sep;153(9):1195-201.
  51. Serrano D, Pérez G, Astals M, Martín-Santos R, Castillo C, Torrens M. Validación de la versión española de la Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM) VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Toxicomanías. *Trastronos Adictivos oct 2001 Vol 3 n.º 4 p 293-293*.
  52. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 22-23, 34-57.
  53. Ferrando L, Bobes J, Gibert J, Lecrubier Y. Mini International Neuropsychiatric Interview. En: Bobes J, Bousoño M, González MP, editores. *Manejo de los trastornos mentales y del comportamiento en Atención Primaria*. 2.ª ed. Oviedo: Gofér; 1997.
  54. Martínez Delgado JM. Instrumentos para el diagnóstico precoz de los problemas derivados del consumo de bebidas alcohólicas. *Coloquios en Drogodependencias* n.º 12.
  55. Ewing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA* 1984; 252: 1905-7.
  56. Rodríguez-Martos A, Navarro RM, Vecino C, Pérez R. Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol* 1986; 11: 132-9
  57. Skinner HA. The drug abuse screening test. *Addict XXXill* 1982;7(4):363-71
  58. Maisto SA, Carey MP, Carey KB, Gordon CM, Gleason JR. Use of the AUDIT and the DAST-10 to identify alcohol and drug use disorders among adults with a severe and persistent mental illness. *Psychological Assessment*. 2000;12:186-192.
  59. Cocco KM; Carey KB. Psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test in psychiatric outpatients. *Psychological Assessment* 10(4): 408-414, 1998.
  60. Carey KB, Carey MP, Chandra PS. Psychometric evaluation of the alcohol use disorders identification test and short drug abuse screening test with psychiatric patients in India. *J Clin Psychiatry*. 2003 Jul; 64(7):767-74.
  61. Bedregal LE, Sobell LC, Sobell MC and Simco E. Psychometric characteristics of a Spanish version of the DAST-10 and the RAGS» *Addictive Behavior* 31/2 (2006) 309-319.
  62. Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J. AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care (WHO Publ No PSA/92.4). Geneva, World Health Organization, 1992.
  63. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente J, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 1993; 88: 791-804.
  64. Rubio G, Bermejo J, Caballero MC, Santo- Domingo J. Validación de la prueba para la identificación de trastornos por el uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Rev Clin Esp* 1998; 198: 11-4.
  65. Rubio G y Rosenber Rosenberg SD (2002) Evaluación del uso de drogas y de los trastornos por uso de sustancias en sujetos con otros trastornos psiquiátricos. En Rubio G, López-Muñoz F F, Alamo C, Santo-Domingo J (edit). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias rastosnos sustancias*. Editorial Médica Panamericana SA. Madrid: 201-219.
  66. O'Hare T, Sherrer MV, LaButti A, Emrick K. Validating the Alcohol Use Disorders Identification Test with Persons Who Have a Serious Mental Illness. *Research on Social Work Practice*.2004; 14: 36-42
  67. Rosenberg SD, Drake RE, Wolford GL, Mueser KT, Oxman TE, Vidaver RM, Carrieri KL, Luckoor R. 1998. Dartmouth Assessment of Lifestyle Instrument (DALI): a substance use disorder screen for people with severe mental illness. *Am J Psychiatry* 1998 Feb;155(2):232-8
  68. Ford P. An evaluation of the Dartmouth Assessment of Lifestyle Inventory and the Leeds Dependence Questionnaire for use among detained psychiatric inpatients. *Addiction Volume 98, Number 1, 2003*
  69. Gossop M, Darke S, Griffiths P, Hando J, Powis B, Hall W et al. The Severity of Dependence Scale (SDS) psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamines users. *Addiction*. 1995;90:607-14.
  70. De Las Cuevas C, Sanz EJ, De La Fuente JA, Padilla J, Berenguer JC. The Severity of Dependence Scale (SDS) as screening test for benzodiazepine dependence: SDS validation study. *Addiction* 2000 95:2 245.
  71. González Saiz, F; Salvador Carulla, L.; «Estudio de fiabilidad y validez de la versión española de la escala Severity of Dependence Scale (SDS)» *Adicciones : revista de socidrogalcohol* 1998 ; 10(3) : 223-232
  72. Bloye D, Ramzan A, Leach C, Davies L, Milton R. Substance use disorders in patients admitted to a medium secure unit: a comparison of three assessment measures. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*. Vol 14, N.º 3; 2003: 585 – 599
  73. Minkoff K (2000), *Mental Illness and Drug and Alcohol Screening (MIDAS)*. Unpublished manuscript. En Cynthia M. A. Geppert, M.D., and Minkoff K. *Issues in Dual Diagnosis: Diagnosis, Treatment and New Research*. © Psychiatric Times April 2004 Vol. XXI XXXilla 4.
  74. Raistrick D, Bradshaw J, Tober G, Weiner J, Allison J, Healey C: Development of the Leeds Dependence Questionnaire (LDQ): a questionnaire to measure alcohol and opiate dependence in the context of a treatment evaluation package. *Addiction* 1994; 89:563-572

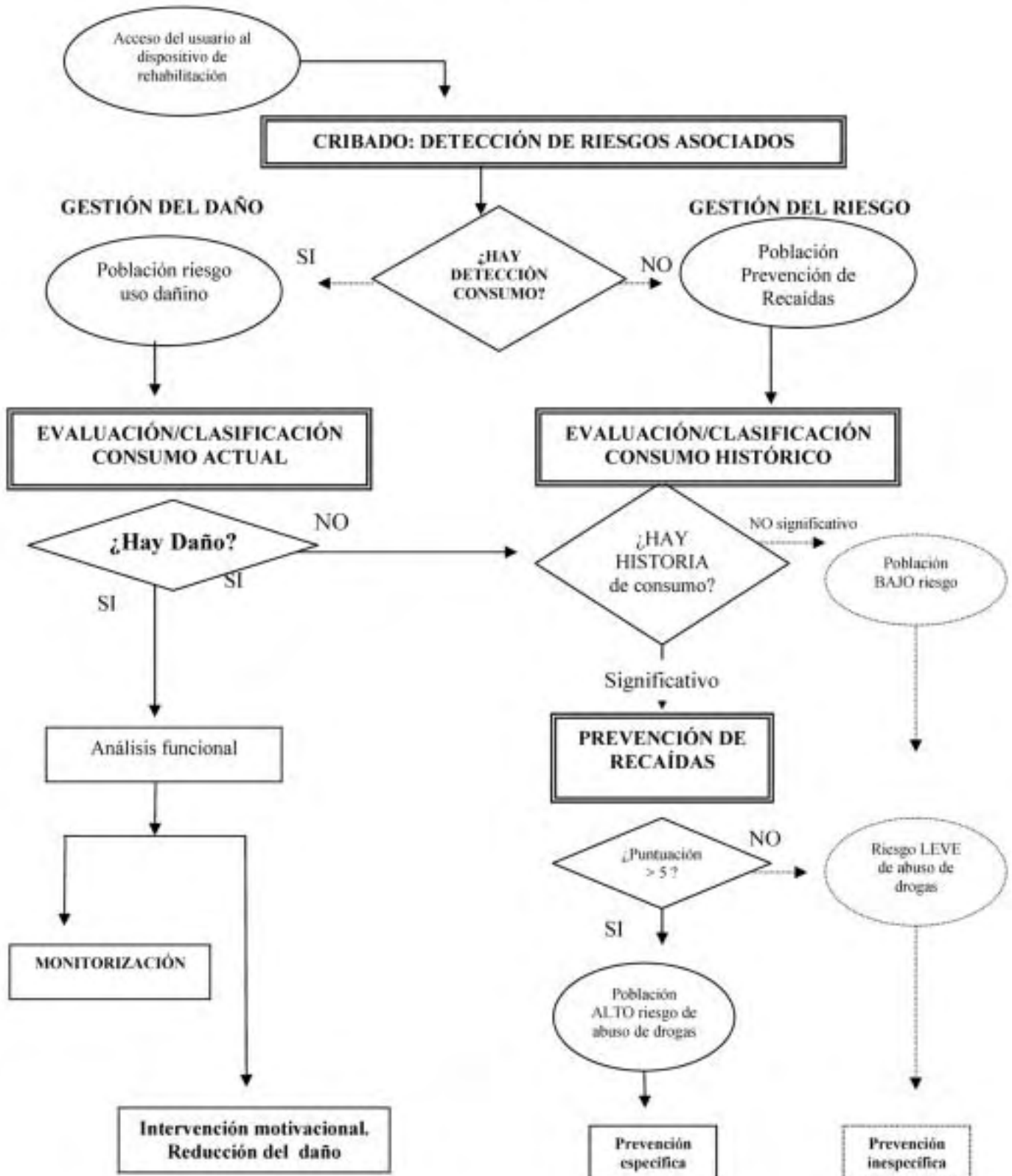


75. Barrowclough C, Haddock G, Tarrrier N, Lewis SW, Moring J, O'Brien R, Schofield N, McGovern J. Randomized Controlled Trial of Motivational Interviewing, Cognitive Behavior Therapy, and Family Intervention for Patients With Comorbid Schizophrenia and Substance Use Disorders. *Am J Psychiatry* 158:1706-1713, October 2001
76. Lehman AF, Myers CP, Corty E. Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes. *Hospital and Community Psychiatry* 1989; 40: 1019-25.
77. Lehman AF, Myers CP, Dixon LB. Detection of substance use disorders among psychiatric inpatients. *J Nerv Ment Dis*. 1996 Apr;184(4):228-33.
78. Appleby L, Dyson V, Altman E, Luchins DJ. Assessing substance use in multiproblem patients: reliability and validity of the Addiction Severity Index in a mental hospital population. *J Nerv Ment Dis*. 1997 Mar;185(3):159-65.
79. Arias F, Sánchez S, Padín JJ. Consumo de drogas y riesgo de recaída en la esquizofrenia. 2002. Volumen 09 – Número 02 p. 63-67.
80. Arias F, Padín JJ, Fernández MA. (1997) «Uso y dependencia de narcóticos en la esquizofrenia». *Actas Luso Españolas de Psiquiatría y Ciencias Afines*. 25 (6): 379-389.
81. Bobes, J., González, M.P., Sáiz, P.A. y Bousoño, M. (1996). Índice europeo de gravedad de la adicción: EuropASI. Versión española. *Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría*, 201-218.
82. Westermeyer, J., Crosby, R., Nugent, S. The Minnesota Substance Problems Scale: Psychometric analysis and validation in a clinical population. *Am J Addict* 1998; Winter 7 (1): 24-34.
83. Rodríguez- Martos A. Utilidad del Münchner Alkoholismus Test (MALT) en el diagnóstico de alcoholismo. *Aten Primaria* 1993; 11: 185– 93.
84. Drake, R.E., & Noordsy, D.L. (1994). Case management for people with coexisting severe mental disorder and substance use disorder. *Psychiatric Annals*, 24, 427-431.
85. Carey KB, Cocco KM, Simons JS: Concurrent validity of clinicians' ratings of substance abuse among psychiatric outpatients. *Psychiatric Services* 47:842-847, 1996[Medline]
86. Drake RE, Osher FC, Wallach MA: Alcohol use and abuse in schizophrenia: a prospective community study. *Journal of Nervous and Mental Disease* 177:408-414, 1989
87. Asociación Psiquiátrica Americana (APA): «Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR». Ed Masson . Barcelona . 2002.
88. Drake, R.E., Osher, F.C., Noordsy, D.L., Hurlbut, S.C., Teague, G.B., & Beaudett, M.S. (1990). Diagnosis of alcohol use disorders in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 57-67.
89. Selzer ML: The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry* 127:1653-1658, 1971[Medline]
90. Miles, H, Johnson, S, Amponsah-Afuwape, S, Finch, E, Leese, M, Thornicroft, G. Characteristics of Subgroups of Individuals With Psychotic Illness and a Comorbid Substance Use Disorder. *Psychiatr Serv* 2003 54: 554-561.
91. Sobell, M.B., Maisto, S.A., Sobell, L.C., Cooper, A.M., Cooper, T., & Sanders, B. (1980). Developing a prototype for evaluating alcohol treatment outcome studies. In Sobell, L.C., Sobell, M.B., & Ward, E. (eds.), *Evaluating Alcohol and Drug Abuse Treatment Effectiveness*. New York: Pergamon Press (pp. 129-150).
92. Sobell, L.C., Brown, J., Leo, G.I. & Sobell, M.B. (1996). The reliability of the Alcohol Timeline Followback when administered by telephone and by computer. *Drug and Alcohol Dependence*, 42, 49-54.
93. Sobell, L.C., Agrawal, S., Annis, H.M., et al. (2001). Cross-cultural evaluation of two drinking related assessment instruments: Alcohol Timeline Followback and Inventory of Drinking Situations. *Substance Use & Misuse*, 36, 313-331.
94. Annis, H.M., Sobell, L.C., Ayala-Velazquez, H., Rybakowski, J.K., Sandahl, C., Saunders, B., Thomas, S. & Ziolkowski, M. (1996). Drinking-related assessment instruments: Cross-cultural studies. *Substance Use & Misuse*, 31, 1525-1546.
95. Annis, H.M. (1982a). *Inventory of Drinking Situations*. Toronto: Addiction Research Foundation.
96. Annis, H.M. (1985). *Inventory of Drug-taking Situations*. Toronto: Addiction Research Foundation.
97. Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of change. En P.O. Davidson y S.M. Davidson (eds.), *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*. New York: Brunner/Mazel.
98. Tejero, A y Trujols, J. (2003). Instrumentos clínicos para la dependencia a la cocaína. *Ars Médica*, Barcelona.
99. Bradizza CM, Stasiewicz PR, Carey KB. High-risk alcohol and drug use situations among seriously mentally ill inpatients. A preliminary investigation. *Addictive Behaviors*, Volume 23, XXXilla 4, 8 July 1998, Pp 555-560 .
100. Prochaska JO & DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983; 51: 390-395.
101. Miller WR, Rollnick S. *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós; 1999.
102. Osher, F.C., & Kofoed, L.L. (1989). Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1025-1030.
103. Rollnick S, Heather N, Gold R, Hall W.. Development of a short readiness to change questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *B J Addict* 1992;87:743-54.
104. Rodríguez-Martos A, Rubio G, Aubá J, Santo-Domingo J, Torralba LI, Campillo M.. Readiness to change questionnaire: Reliability study of its Spanish version. *Alcohol Alcoholism* 2000;35:270-5.
105. McConaughy, DiClemente, Prochaska y Velicer, (1989). Stages of change in psychotherapy: a follow up report. *Psychotherapy* 1989; 26: 494-503.
106. Calvo Sagardoy R, Alba V, Servan I. El tratamiento psicoterapéutico experiencial como facilitador del cambio en pacientes con TCA resistentes al tratamiento. *Anorexia & Bulimia; Asociación para el Estudio de los Trastornos de la Conducta Alimentaria*. ISSN 1575-1546 Volumen I N.º 7 junio 2000.
107. Miller WR ; Tonigan JS. Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors* 1996;10(2):81-89.
108. McHugo GJ, Drake RE, Burton HL, Ackerson TH. A scale for assessing the stage of substance abuse treatment in persons with severe mental illness. *J Nerv Ment Dis* 1995 Dec;183(12):762-7.
109. McCoy ML, Devitt T, Clay R, et al: Gaining insight: who benefits from residential, integrated treatment for people with dual diagnoses? *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27:140-150, 2003.
110. Kishimoto E. *Substance Use Screening: Initial and Interval. Administration Manual Adult Mental Health Division*. Hawaii State. Department of Health. 2005. <http://amh.health.state.hi.us/Public/REP/EvaluationInstruments.htm>
111. Drake, R.E., Osher, F.C., Noordsy, D.L., Hurlbut, S.C., Teague, G.B., & Beaudett, M.S. (1990). Diagnosis of alcohol use disorders in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 57-67.
112. Segura Gálvez M, Sánchez P, Barbado P. *Análisis funcional de la conducta*. Granada: Universidad de Granada; 1991.
113. Kooyman I, Dean K, Harvey S, and Walsh E. Outcomes of public concern in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* (2007)191 (suppl. 50), s 29 s36.
114. Arbach K y XXXilla AA. Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20. *Papeles del Psicólogo*, n.º3 VOL-28 , 2007
115. Grant Paton-Simpson and Stuart MacKinnon 1999. Evaluation of the Leeds Dependence Questionnaire (LDQ) for New Zealand. A report prepared for the Alcohol Advisory Council of New Zealand. *Research Monograph Series:n.º 10*. Wellington 1999. ISBN 0-477-06343-8.

7. ANEXOS

ANEXO I. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN DEL USO DE DROGAS EN PERSONAS

CON TMG. SEGUD



**SEGUD : DETECCIÓN DE RIESGOS ASOCIADOS**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

1. DROGAS: ¿El usuario realizó algún consumo de drogas en el último año?
- Sin consumo → Evaluación de Prevención de Recaídas.
  - No consumo actual, Si hay historial → Ev. y Clasif. del Consumo Histórico
  - Hay consumo actual → Ev. y Clasif. del Consumo Actual

Comentario: \_\_\_\_\_

2.SUICIDIO. ¿Hay intentos de suicidio o autoagresión en su historia? SI/NO

Fecha	Motivación Situación	Método	Consecuencias

Impresión clínica del riesgo actual<sup>5</sup>

	BDI	CDS
Puntuación total test		
Pto item Suicidio		
Ptos. Item Desesperanza		

3.HETERO AGRESIVIDAD: ¿El U ha sido agresivo en algún momento de su historia? SI / NO

4.PROBLEMAS DE SALUD. SI/ NO  
Especificar \_\_\_\_\_

5. PROBLEMAS LEGALES ¿Ha tenido problemas legales? ¿ha tenido problemas con la policía? SI / NO

6.VAGABUNDEO ¿Ha estado viviendo en la calle? ¿ha dormido alguna noche en la calle? SI / NO

7.OTROS. Especificar \_\_\_\_\_ SI / NO

Evaluador: \_\_\_\_\_

<sup>5</sup> Es útil el uso de escalas específicas de depresión o desesperanza: - BDI( Inventario de Depresión de Beck); - CDS Escala de Depresión de Calgary, etc.

**SEGUD: EVALUACIÓN DEL CONSUMO HISTÓRICO Y ACTUAL**

## SEGUD: HISTORIA DE CONSUMO

Nombre : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Diagnóstico actual \_\_\_\_\_

Otros diagnósticos y edad<sup>6</sup> \_\_\_\_\_

1. ¿Hay consumos significativos en la HISTORIA del evaluado?  
 No → ir a "Evaluación Consumo Actual"  
 Sí → describir y clasificar el consumo histórico utilizando la tabla

2. Anotar momento de mayor consumo con la edad en las casillas

TABLA HISTORIA SUSTANCIAS	FRECUENCIA				EDAD		Escala Clínica de Clasificación					
	DIA	SEM	MES	AÑO	INICIO	FIN	SC <sup>7</sup>	UA <sup>8</sup>	PRD <sup>9</sup>	Ab <sup>10</sup>	Dp <sup>11</sup>	
Alcohol												
Cannabis												
Opiáceos												
Anfetaminas												
Cocaína												
Xantinas												
Otros:												
nº cigarrillos diarios												

3. Análisis funcional del principal consumo histórico<sup>12</sup>

- Situaciones iniciadoras:
- Contexto del consumo:  
lugares, personas, horarios, etc.
- Situaciones consecuentes

3.1 Entorno familiar: reacciones  
, etc.

3.2 Interacción del consumo  
con inicio y evolución del  
trastorno psiquiátrico: en  
síntomas, funcionamiento,  
manejo de enfermedad,  
medicación, etc.

<sup>6</sup> Edad en que se detectaron primeros síntomas de trastorno mental y edad en que fue establecido cada diagnóstico.

<sup>7</sup> Escala Clínica de Clasificación (ECC): Sin Consumo

<sup>8</sup> ECC: Uso Adecuado, no se detectan problemas en relación con el uso de drogas

<sup>9</sup> ECC: Problemas en relación con el uso de drogas, no hay consumo reiterado sólo puntual.

<sup>10</sup> ECC: Abuso de drogas, definición según DSM

<sup>11</sup> ECC: Dependencia a drogas, definición DSM

<sup>12</sup> Los ítems siguientes son orientativos. El AF ha de ser diseñado individualmente según su situación



**SEGUD: CONSUMO ACTUAL**

1. ¿Hay consumo de drogas? explorar último año? No: Valorar Prevención de Recaídas  
Si: describir/clasificar el consumo utilizando la tabla

2. Anotar la frecuencia de los consumo con una marca en las casillas correspondientes y la ECC.

2. TABLA ACTUAL SUSTANCIAS	FRECUENCIA				EDAD INICIO	Escala Clínica de Clasificación (ECC) <sup>13</sup>				
	DIA	SEM	MES	AÑO		SC	UA	PRD	Ab	Dp
Alcohol										
Cannabis										
Opiáceos										
Anfetaminas										
Cocaína										
Xantinas										
Especificar otros										
nº cigarrillos diarios										

3. Análisis funcional del consumo principal

- Situaciones iniciadoras.
- Contexto de consumo:
  - lugares,
  - personas, horarios, etc.
- Situación consecuente.

---

3.2 Entorno familiar: antecedentes, reacción al consumo, estrategias, etc.

---

3.3 Interacción con evolución ACTUAL del trastorno psiquiátrico: síntomas, funcionamiento, manejo de enfermedad, medicación, etc.

---

4. Motivación al cambio  
Señalar la etapa del tratamiento en que nos encontramos (SATS)

---

5. Valoración global del consumo actual

Evaluador: \_\_\_\_\_

<sup>13</sup> Ver descripción de siglas en pie de página del Consumo Histórico. Marcar la casilla que corresponde al consumo actual

**SEGUD: MONITORIZACIÓN<sup>14</sup>**

Monitorización semanal

Nombre : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Diagnóstico actual \_\_\_\_\_ Valoración nº: \_\_\_\_\_

Edad : \_\_\_\_\_

TABLA REGISTRO de sustancias, frecuencias y cantidades

SUSTANCIAS	SEMANA				FIN DE SEMANA			CONSUMO TOTAL
	L	M	X	J	V	S	D	
Alcohol								
Cannabis								
Opiáceas								
Anfetaminas								
Cocaína								
Xantinas								
Especificar otros								
Cigarrillos día								
Total € por día								

Análisis funcional del consumo

3.1. Antecedentes:

est. discriminativo, planificación, etc

3.2. Práctica del consumo

3.3. Consecuentes del consumo:

subjetivos, emocionales

dinero,

funcionamiento cotidiano,

mantenimiento del hogar, etc.

3.4. Consecuencias adversas (DSM IV):

- Incumplimiento de obligaciones (trabajo, tareas casa, centro de día, etc.).
- Sociales e interpersonales (dificultades familiares, violencia verbal o física, etc.).
- Intoxicación en situaciones físicamente peligrosas (conducir, maquinaria, deportes, etc.).
- Problemas legales (arrestos, multas, etc.).

4. Presencia de síntomas antes, durante o tras el consumo

y funcionalidad respecto al mismo

Manejo de la enfermedad: toma de medicación,

asistencia a citas, etc

5. Valoración global del período monitorizado

Evaluador: \_\_\_\_\_

<sup>14</sup> Este registro se ofrece a modo de ejemplo o plantilla. El registro puede ser semanal, diario, mensual, etc. Puede registrar un tipo de droga o muchos, registrar otras variables (compañía, horario, lugares, etc.), siempre en función del usuario de forma individualizada y a partir del análisis funcional del consumo histórico y actual.

**SEGUD: PREVENCIÓN DE RECAÍDAS**

Nombre : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Diagnóstico actual \_\_\_\_\_ Valoración nº: \_\_\_\_\_

Edad : \_\_\_\_\_

1 = factor presente  
0 = factor ausente

FACTORES DE RIESGO ESTABLES <sup>15</sup>	
1. Edad de inicio < 15 años	
2. Hª de abuso / dependencia	
3. Varón	
TOTAL ESTABLES	

FACTORES DE RIESGO DINÁMICOS <sup>16</sup>	
4. Edad actual < 35 años	
5. Consumo actual	
6. Familia antecedentes abuso	
7. Amistades con abuso	
8. Microgrupos de alto riesgo	
9. Otras conductas adictivas	
10. Dispone de dinero fácil	
11. Otros: reagudización, ...	
TOTAL DINÁMICOS	

FACTORES PROTECTORES <sup>17</sup>	
a) Trabaja/estudia (2 últimos meses)	
b) Es miembro de sociedades	
c) Síntomas negativos PANSS > 20	
d) Estilo vida sano con actvs incompatibles	
TOTAL PROTECTORES	

INDICE DE RIESGO E + D - P <sup>18</sup>	
VALORACIÓN B / M / A	

Estimación del Riesgo	
Riesgo Bajo	n < 3
Riesgo Moderado	4 - 5
Riesgo Alto	> 6

<sup>15</sup> Factores de riesgo ESTABLES en el tiempo, influyen con mayor peso en el riesgo de reinicio de abuso.  
<sup>16</sup> Factores de riesgo DINÁMICOS: pueden variar a lo largo del tiempo, modificables.  
<sup>17</sup> Factores PROTECTORES son dinámicos y circunstanciales y por tanto comparten el carácter de modificabilidad.  
<sup>18</sup> El índice de riesgo de abuso se obtiene con la suma de los factores de riesgo (estables y dinámicos) y la sustracción de los puntos de factores protectores. Este índice de riesgo no tiene validez estadística, solo descriptivo y orientativo. El peso ponderado de cada factor ha de ser valorado por el profesional para cada individuo.

# Capítulo 7. Prevención de recaídas: Evaluación de la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento

*Cristina Abelleira Vidal y Rafael Touriño Glez.*

En el abordaje de la esquizofrenia la falta de conciencia de la enfermedad y sus consecuencias supone uno de los principales problemas. Una persona que no se considera enferma difícilmente aceptará tomarse la medicación o seguir cualquier otra medida terapéutica.

El incumplimiento del tratamiento farmacológico es un hecho muy frecuente en la esquizofrenia. En el estudio CATIE (Ensayos clínicos sobre la eficacia de los tratamientos antipsicóticos) el 74 % de los pacientes dejaron de tomar la medicación a lo largo de los 18 meses de seguimiento<sup>1</sup>. En el trastorno bipolar, el mal cumplimiento es un problema frecuente y supone la principal causa de recaídas. Uno de cada tres pacientes bipolares deja de tomar al menos un 30 % de la medicación prescrita<sup>2</sup>.

Las intervenciones psicoeducativas son una parte importante de los programas de rehabilitación<sup>3</sup>, siendo fundamentales en aquellos sujetos con un alto riesgo de recaída.

Los objetivos que se pretenden con la psicoeducación son los siguientes<sup>4</sup>:

- Proporcionar información comprensible y actualizada sobre la enfermedad mental.
- Mejorar la adherencia al tratamiento.
- Prevenir las recaídas.
- Favorecer la conciencia de enfermedad y las consecuencias del estigma asociado a la enfermedad.
- Promover el mayor grado posible de autonomía del paciente en todos los aspectos relacionados con su enfermedad.
- Normalizar y promover la relación terapéutica entre el paciente y el equipo asistencial.

Exponemos a continuación las estrategias de evaluación relacionadas con los programas de psicoeducación y prevención de recaídas. Nos centraremos en los siguientes aspectos: conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento y respuesta subjetiva a la medicación, autonomía en la toma de medicación, factores de riesgo, protectores y pródromos. Precisaremos utilizar distintas fuentes de información: pacientes, familiares, cuidadores, informes clínicos, otros profesionales.

## 1. Conciencia de enfermedad (Insight)

A pesar de que el término insight es ampliamente utilizado, no disponemos de una definición claramente aceptada. Se ha empleado desde una acepción limitada a la conciencia de enfermedad, a una consideración más amplia desde una perspectiva psicoanalítica.

El término insight se refiere a la capacidad del paciente para reconocer que padece una enfermedad mental, y a la habilidad para su auto-observación y auto-conocimiento respecto a sus experiencias psicopatológicas, así como la conciencia del tipo, severidad y consecuencias de su trastorno mental.

La falta de conciencia de enfermedad es uno de los síntomas más frecuentes en la esquizofrenia, encontrándose en más del 80% de los pacientes. Para algunos autores es un síntoma «primario» y «básico» de la esquizofrenia.

Jaspers distinguía el reconocimiento de una enfermedad del verdadero insight. Consideraba el simple reconocimiento de la enfermedad como el sentimiento de estar enfermo y haber cambiado, pero pensaba que el insight era más difícil de conseguir y comprendía una «estimación objetivamente correcta de la severidad de la enfermedad y un juicio objetivamente correcto del tipo particular de enfermedad». Actualmente el insight se define de una forma menos estricta y se considera de forma multidimensional, aceptando que una persona con esquizofrenia puede tener insight en unos aspectos y no en otros.

El insight hace referencia también a los síntomas particulares de un trastorno. Un síntoma puede ser negado al mismo tiempo que la persona reconoce otros. El reconocimiento de los síntomas y su atribución a la enfermedad deben distinguirse (los síntomas pueden atribuirse a falta de sueño, una enfermedad física, etc.). Un completo insight se refiere no sólo al trastorno en el presente, sino también al trastorno en el pasado y a la posible evolución futura.

Un error frecuente es considerar el insight como simplemente el acuerdo de una persona con el juicio del profesional sobre su condición. Sin embargo, el insight no es el reconocimiento de una verdad objetiva, sino la capacidad de relacionarse con la visión de otras personas sobre su estado y mantener con ellas un diálogo significativo.

Siguiendo a Rüş y Corrigan<sup>5</sup> podemos distinguir distintos aspectos en el insight:

- Cognitivos: conciencia de tener un trastorno mental; aceptación de la etiqueta de «enfermedad»; conciencia de las consecuencias sociales de un trastorno mental.
- Relativos al cumplimiento: percepción de la necesidad de tratamiento; conciencia de los efectos del tratamiento; atribución de los posibles beneficios al tratamiento; cooperación en el tratamiento.
- De síntomas específicos: conciencia de síntomas individuales; atribución de síntomas individuales al trastorno.
- Temporales: grado de insight con respecto a padecer actualmente un trastorno mental, necesidad de trata-



miento y beneficios del mismo; grado de insight con respecto a haber padecido en el pasado un trastorno mental y su necesidad de tratamiento; grado de insight con respecto a predecir el curso futuro del trastorno, incluyendo su necesidad de tratamiento.

Podemos considerar varias posibles causas de un pobre insight, que en muchos casos interactuarán entre ellas:

- Déficits neurocognitivos. El insight pobre es a menudo similar a la escasa conciencia de enfermedad observada en personas con déficits neurológicos tras un daño cerebral (anosognosia). Se ha relacionado la falta de insight y el funcionamiento neuropsicológico en pacientes esquizofrénicos. Varios estudios señalan una relación entre insight y función ejecutiva que puede estar mediada por una disfunción del lóbulo frontal<sup>6</sup>.
- Falta de insight como un mecanismo de afrontamiento psicológico. En muchos casos la falta de reconocimiento de una enfermedad representa un intento de evitar la experimentación de una enfermedad y sus consecuencias personales. Se ha relacionado la falta de reconocimiento de los síntomas negativos con déficits cognitivos y la de los síntomas positivos con estrategias psicológicas de afrontamiento. La correlación entre un menor insight y menor sintomatología depresiva implica que un escaso insight puede jugar un papel protector contra una mala autoimagen. Lysaker y Bell<sup>7</sup>, comprobaron que tras un programa de rehabilitación vocacional las personas con esquizofrenia mejoraron su autoestima y mostraron un mejor insight.

Los resultados obtenidos en las investigaciones sobre insight en pacientes psicóticos son poco coincidentes, debido probablemente a varias razones: falta de un marco teórico explicativo sobre el insight, ausencia de una definición operativa, carencia de métodos de evaluación estandarizados apropiados<sup>8,9</sup>....

La consideración categorial, unidimensional, del insight (algo que se tiene o no se tiene) ha sido sustituida por un enfoque multidimensional. El insight, según propone David<sup>10</sup>, no puede ser entendido como una respuesta de todo o nada, sino compuesto de tres dimensiones distintas: el reconocimiento de que uno padece una enfermedad mental; cumplimiento con el tratamiento; y la capacidad de etiquetar las experiencias mentales inusuales (delirios, alucinaciones) como patológicas. Amador<sup>11</sup> distingue dos componentes principales en el insight: conciencia de la enfermedad (refleja el reconocimiento de un determinado síntoma, déficit o consecuencia de la enfermedad) y, atribución del déficit o consecuencias de la enfermedad (refleja el reconocimiento de que el síntoma, déficit o consecuencia de la enfermedad se debe a un trastorno mental).

Sin una adecuada conciencia de enfermedad no se van a poder asentar los cimientos de la «recuperación». La falta de conciencia de enfermedad va a dificultar las relaciones de los pacientes con sus familiares y los profesionales. Los pacientes van a sentir que los familiares y los profesionales con los que se relacionan no comprenden lo que les ocurre. Los familiares y profesionales se van a sentir frustrados ante la falta de reconocimiento de la enfermedad y el rechazo de los pacientes a la ayuda que se les ofrece<sup>11</sup>.

## 1.1. Evaluación del insight

Además de la entrevista con el paciente y los datos que podemos obtener de sus informes clínicos, disponemos de varios cuestionarios y entrevistas para evaluarlo. Los más útiles en rehabilitación son los siguientes:

- *Escala de Evaluación del Insight (Scale of Unawareness of Mental Disorders, SUMD)*<sup>12,13</sup>. Es una escala que evalúa la conciencia de enfermedad de forma multidimensional mediante una entrevista estructurada. La versión de 9 ítems consta de dos partes. La primera parte consiste en una evaluación global de la conciencia de enfermedad mediante tres ítems: conciencia de padecer una enfermedad mental, de los efectos de la medicación y de las consecuencias sociales de la enfermedad mental. La segunda parte se compone de 6 ítems que evalúan la conciencia de una serie de síntomas: alucinaciones, delirios, trastorno del pensamiento, embotamiento afectivo, anhedonia y asociabilidad. Requiere entrenamiento previo a su empleo. Es una escala modular que puede utilizarse de forma abreviada, evaluando, por ejemplo, los ítems generales o los síntomas positivos, etc.
- *Schedule for the assessment of insight SAI*<sup>10</sup>. Comprende tres dimensiones: conocimiento de la enfermedad; capacidad de etiquetar experiencias psicóticas como anormales; cumplimiento del tratamiento. Además de preguntas para evaluar estas cuestiones incluye una pregunta adicional que supone una contradicción hipotética para evaluar la capacidad del sujeto para ponerse en la perspectiva de otra persona (¿Cómo se siente cuando no le cree la gente (cuando Ud. habla de...delirios o alucinaciones)? Existe una versión expandida que incluye ítems de reconocimiento del cambio, dificultades que resultan de la enfermedad mental y síntomas clave.
- La *PANSS*<sup>14</sup> incluye un ítem (ítem 12 de la escala de psicopatología general) para evaluar la falta de juicio e introspección que define como: «Trastorno de la conciencia o comprensión del propio trastorno psiquiátrico y situación vital. Esto se manifiesta por la dificultad en reconocer los trastornos psiquiátricos pasados o presentes, negativa a ponerse en tratamiento o ser hospitalizado, decisiones caracterizadas por un escaso sentido de la anticipación y sus consecuencias y por proyectos irreales tanto a corto como a largo plazo». Se puntúa según una escala que va de 1: ausente, a 7: extremo (negación de los trastornos psiquiátricos pasados o presentes; interpretación delirante del tratamiento y la hospitalización; rechazo del tratamiento).

## 2. Adherencia al tratamiento

Podemos encontrar en la literatura múltiples definiciones de cumplimiento terapéutico pero quizá la más clásica y utilizada es la de Haynes<sup>15</sup> que lo define como el grado en el que la conducta de una persona (tomar medicación, seguir dietas, tratamientos psicológicos, asistir a revisiones, efectuar cambios en el estilo de vida...) coincide con las recomendaciones médicas o higiénico-sanitarias.

En los últimos años, se han discutido ampliamente las implicaciones y connotación del término «cumplimiento» y el uso de un término alternativo: «adherencia». En el diccionario del uso del español de María Moliner podemos ver como cumplir sería: «realizar alguien aquello a que está obligado»; mientras que adherir hace referencia a «mostrar alguien su conformidad con la opinión de otros». Así, algunos autores han planteado que el uso de «adherencia» sería más adecuado ya que «cumplimiento» sugiere que el paciente siga de forma pasiva las órdenes, sin hacer hincapié en que el plan terapéutico debe tener como base una alianza o acuerdo entre el paciente y el profesional que lo atiende. En la literatura científica ambos términos (adherencia y cumplimiento) suelen utilizarse indistintamente y, por motivos prácticos, así lo haremos a lo largo del capítulo.

Tampoco existe un consenso respecto a lo que se considera un nivel de cumplimiento adecuado del tratamiento farmacológico. En distintos estudios se considera que tasas superiores al 75-80% son aceptables, mientras que en otros las tasas deben superar el 95% para que se considere un nivel de cumplimiento adecuado<sup>16</sup>. En otros estudios se ha usado para definir los distintos grados de cumplimiento criterios temporales, por ejemplo, el tramo de tiempo en el que el paciente permanece sin tomar el tratamiento o sin seguimiento, o el porcentaje de tiempo en que se mantiene tomando la medicación. También se han usado criterios actitudinales o motivacionales del paciente, por ejemplo utilizando escalas con rangos desde el cumplimiento activo hasta el abierto rechazo.

El incumplimiento de las pautas farmacológicas no es un problema exclusivo de las personas que sufren trastornos mentales y, por ende, tampoco de los pacientes esquizofrénicos. Este fenómeno ocurre en cualquier patología, pero sobre todo en aquellas de carácter crónico que implican que el tratamiento se mantenga a largo plazo. Se ha descrito que, en los pacientes crónicos, las tasas de cumplimiento oscilan entre el 43 y el 78% y que el grado de cumplimiento desciende de forma importante después de los primeros 6 meses de tratamiento<sup>17</sup>.

También se ha detectado que el incumplimiento es mayor cuando se piden cambios importantes en el estilo de vida o los síntomas son escasos o poco manifiestos.

Se aceptan, en términos generales para todo el campo sanitario, unas tasas de incumplimiento del 50% aproximadamente.

En cuanto a los pacientes psiquiátricos, las cifras de no cumplidores varían en función de varios factores, por ejemplo la definición de cumplimiento, el tipo de población estudiada y los marcos terapéuticos.

En una revisión sobre el no cumplimiento en psiquiatría comunitaria se encontraron porcentajes entre un 30 y un 80% de pacientes que abandonaban el tratamiento en el primer año<sup>18</sup>.

Más recientemente, en otra revisión, se constató también una importante variación de la estimación de la magnitud de no adherencia dependiendo de los diferentes estudios:

- Trastorno depresivo mayor (28-52%)
- Trastorno bipolar (20-50%)
- Esquizofrenia (20-72%)
- Trastorno de ansiedad (57%)

Estos autores llaman la atención respecto de que los estudios en los que se han encontrado rangos inusualmente altos de adherencia tienden a tener menor número de sujetos y a utilizar los enfoques más subjetivos, empleando frecuentemente medidas de autoinforme retrospectivas<sup>19</sup>.

La mayoría de los estudios en pacientes esquizofrénicos sitúan el nivel de incumplimiento terapéutico alrededor de un 50%<sup>20, 21</sup>. Aproximadamente un 25% de los pacientes con esquizofrenia abandonan el tratamiento en los primeros 7-10 días tras el alta hospitalaria; un 50% durante el primer año, y hasta un 75% durante el segundo año incumplen su régimen de tratamiento<sup>22</sup>. Otros estudios apuntan a que dos tercios de los pacientes esquizofrénicos no toman la medicación tal como se le prescribe<sup>23</sup>, siendo lo más frecuente un cumplimiento parcial de la pauta farmacológica (abandonos puntuales, olvidos de tomas, fines de semana,...), que sin duda es más difícil de detectar que el incumplimiento absoluto, pero igualmente peligroso, dado que durante determinados períodos el paciente no está cubierto terapéuticamente. De hecho, habitualmente los datos sobre cumplimiento se expresan como variables dicotómicas (cumplimiento vs. no cumplimiento). Sin embargo, el cumplimiento puede variar a lo largo de un continuo que va desde 0 a más del 100% (en caso de que los pacientes tomen más cantidad de medicamento que el prescrito).

Hay que añadir, además, que el reconocimiento de falta de adherencia al tratamiento por parte de los profesionales es bajo en general<sup>16</sup>.

Estos datos, de gran peso en sí mismos, cobran todavía más relevancia si tenemos en cuenta que la adherencia al tratamiento es uno de los principales determinantes del resultado final en la esquizofrenia<sup>24</sup>. El tratamiento de mantenimiento con antipsicóticos (en las dosis mínimas efectivas) mejora el pronóstico a largo plazo de la esquizofrenia<sup>25</sup>, redundando en la calidad de vida de los pacientes.

Se ha comprobado ampliamente que el incumplimiento del tratamiento provoca un incremento del número de recaídas del paciente y de ingresos hospitalarios, de hecho, la mayoría de los estudios coinciden en que el predictor más importante de recaída en la esquizofrenia es la falta de adherencia al tratamiento<sup>26</sup>. Fenton et. col., en una revisión de la literatura, encontraron que el riesgo de hospitalización fue de casi 4 veces mayor para los pacientes que no cumplían con el tratamiento que para los cumplidores<sup>27</sup>.

Franch Valverde et al. en 2001<sup>28</sup>, apuntan que en el caso de los trastornos psicóticos la falta de cumplimiento de las prescripciones terapéuticas puede tener varias consecuencias:

- Es responsable de, al menos, un 40% de las recidivas
- Aumenta el número y duración de las hospitalizaciones
- Aumenta la gravedad y la resistencia al tratamiento en las recaídas
- Eleva la tasa de suicidio consumado, de conductas delictivas y de problemas judiciales
- Aumenta el número de agresiones y homicidios
- Genera una sobreutilización de los servicios de salud
- Produce un incremento del absentismo e incapacidad laboral

- Aumenta la carga emocional y las rupturas familiares
- Es causa de un mayor deterioro de la calidad de vida del paciente y de su nivel de autonomía.

Más recientemente, Ascher-Svanum et al.<sup>29</sup> concluyen que la no adherencia al tratamiento se relaciona con pobres resultados a nivel de funcionamiento, incluyendo un mayor riesgo de hospitalizaciones psiquiátricas, uso de servicios de urgencia psiquiátricos, arrestos, violencia, victimización, pobre funcionamiento mental, escasa calidad de vida, mayor consumo de sustancias, y más problemas relacionados con el alcohol; y destacan la importancia del cumplimiento de la medicación antipsicótica a largo plazo en el tratamiento de la esquizofrenia y su potencial impacto beneficioso en la salud mental.

### 2.1. La adherencia al tratamiento. Factores asociados

En los últimos años se ha venido observando un creciente interés por establecer cuáles son los factores que se relacionan con la no adherencia al tratamiento de los pacientes esquizofrénicos.

Algunos autores, para intentar ordenar un poco el campo, plantean que podemos agrupar estos factores. Se han hecho múltiples propuestas. Así, Misdrahi et al.<sup>30</sup> proponen una división en 3 grandes grupos: relacionados con el paciente; con los tratamientos y dependientes de la relación terapéutica con el clínico. Recientemente Julios et. col.<sup>19</sup> plantean agruparlos en los 4 siguientes: relacionados con el paciente, psicológicos, relacionados con la medicación y sociales/ambientales.

Por nuestra parte, proponemos la siguiente división:

1. Factores relacionados con el paciente y la enfermedad que padece
2. Factores relacionados con el tratamiento prescrito
3. Factores relacionados con el profesional y el sistema sanitario
4. Factores familiares y sociales

TABLA 7.1. Factores asociados a la adherencia al tratamiento

Relacionados con el paciente y la enfermedad	1. Creencias y actitudes del paciente frente a la enfermedad y el tratamiento 2. Sintomatología 3. Conciencia de enfermedad 4. Abuso de sustancias psicoactivas 5. Historia de adherencia al tratamiento
Relacionados con el tratamiento	6. Efectos secundarios de los antipsicóticos 7. Experiencia subjetiva con los antipsicóticos 8. Pautas farmacológicas
Relacionados con el profesional y el sistema sanitario	9. Relación profesional-paciente 10. Información 11. Aspectos de organización asistencial
Familiares y sociales	12. Apoyo familiar 13. Estigma social

Se ha estudiado ampliamente la relación entre los factores sociodemográficos y la no adherencia al tratamiento. Se ha demostrado, en la mayoría de los estudios, que estos factores no inciden de forma importante sobre la adherencia al tratamiento en el caso de los pacientes esquizofrénicos. Sin embargo, si se ha comprobado que algunas variables sociodemográficas, por ejemplo, ser joven, soltero, varón, con bajo nivel educativo, son factores de riesgo para el no cumplimiento en los pacientes aquejados de trastorno bipolar<sup>19</sup>.

También se ha comprobado que la personalidad condiciona de forma importante la tendencia de cualquier paciente, incluidos los aquejados de esquizofrenia, a cumplir o no con su tratamiento. Los pacientes con mayor extroversión, que buscan sensaciones y con mala tolerancia a la frustración y el aburrimiento son peores cumplidores.

Exponemos, a continuación, de forma detallada, los factores que han demostrado mayor relevancia en el caso de los trastornos psicóticos, y en la esquizofrenia en particular:

1. *Creencias y actitudes del paciente frente a la enfermedad y el tratamiento:* Las creencias, atribuciones y expectativas de cada paciente respecto a su enfermedad, en este caso la esquizofrenia, y el tratamiento asociado son factores muy importantes a tener en cuenta y a evaluar, ya que en diversos estudios se ha establecido su relación con la cumplimentación del tratamiento farmacológico y el seguimiento de las recomendaciones terapéuticas.

Se ha puesto de manifiesto una mejor adherencia en aquellos pacientes que perciben beneficios del tratamiento y una mayor severidad de la enfermedad y su evolución<sup>31</sup>.

Las creencias del paciente respecto a que la enfermedad es sinónimo de debilidad o de defecto; la no aceptación de la enfermedad; la idea de que la medicación no le va a ayudar, no le beneficiará, no es útil para evitar las recaídas o es innecesaria pueden estar en la base de un no cumplimiento farmacológico.

Sin embargo, para algunos autores, la adherencia al tratamiento no sólo depende de las expectativas del paciente, sino también de las expectativas de quien lo prescribe, de tal manera que si el terapeuta no está convencido del tratamiento que está aplicando, la eficacia terapéutica podría reducirse notablemente.

2. *Aspectos de la sintomatología que presenta el paciente:* La clínica psicótica que se ha asociado de forma más importante con incumplimiento es la presencia de un mayor número de síntomas positivos, sobre todo delirios de grandeza; desorganización conductual; deterioro cognitivo; marcada sintomatología negativa o estados emocionales como la euforia.

Por otro lado, la presencia de depresión y ansiedad se ha asociado a un mayor cumplimiento.

Se ha sugerido en distintos estudios un peor cumplimiento en las primeras etapas de la enfermedad. Pero, por otro lado, también se ha encontrado que aquellos pacientes aquejados de las formas más graves de esquizofrenia, con escasa respuesta a los tratamientos prescritos, suelen asociarse a un peor cumplimiento. Finalmente, aquellos pacientes que no presentan remisión completa de sintomatología entre episodios, suelen mantener un cumplimiento más regular que aquellos en los que la enfermedad cursa de forma episódica.



3. *Conciencia de enfermedad.* Está ampliamente demostrado que la falta de conciencia de enfermedad (insight) se relaciona estrechamente con la no adherencia al tratamiento<sup>21,32</sup>, apareciendo en muchos estudios como la principal causa de abandono del tratamiento psicofarmacológico.

4. *Abuso de sustancias psicoactivas.* En diversos estudios se ha calculado entre el 20 y 70% la prevalencia de comorbilidad entre esquizofrenia y trastorno por abuso de sustancias, aceptándose a nivel general que aproximadamente la mitad de los pacientes esquizofrénicos abusan de alguna sustancia (Estudio ECA: 47%). Si se excluye la nicotina, el alcohol y el cannabis son las sustancias que se consumen más frecuentemente.

La mayoría de los trabajos correlacionan el abuso de sustancias con el incumplimiento terapéutico y el aumento de tasas de recaídas, considerándolo en muchos casos el segundo factor en importancia para el incumplimiento tras la ausencia de conciencia de enfermedad<sup>21,33</sup>.

Por ejemplo, Owen et. col., comprobaron que aquellas personas diagnosticadas de esquizofrenia y trastorno por abuso o dependencia de sustancias cumplen 8 veces peor el tratamiento<sup>34</sup>.

5. *Historia previa.* La historia previa de incumplimiento terapéutico o abandono de la medicación se han asociado a un peor cumplimiento posterior.

6. *Efectos secundarios de la medicación antipsicótica:* Incluiríamos en este apartado un amplio grupo de efectos secundarios provocados por los fármacos antipsicóticos, por ejemplo, los síntomas extrapiramidales, la acatisia, la sedación, la obesidad, las disfunciones sexuales,..... que pueden resultar muy molestos para el paciente y en muchos casos son incompatibles con su actividad diaria y con determinados comportamientos socialmente aceptables. La mayor parte de los estudios demuestran que los efectos secundarios de la medicación antipsicótica disminuyen el cumplimiento<sup>20,30</sup>. Sin embargo, algunos autores apuntan a que esta asociación se da cuando los estudios se basan en la evaluación de las experiencias subjetivas de los pacientes<sup>19</sup>. Lacro et. al. basándose en una evaluación objetiva de los efectos secundarios, no encontraron asociación entre éstos y la no adherencia<sup>21</sup>.

Se ha sugerido que los antipsicóticos denominados atípicos pueden mejorar, a largo plazo, el cumplimiento de los pacientes ambulatorios. La mayor parte de los estudios en los que se han comparado con antipsicóticos típicos se han encontrado niveles de adherencia comparables, con una ligera tendencia a favor de los atípicos. Por ejemplo, Dolder et col., en un ensayo a 12 meses, comprobaron que la adherencia terapéutica es mayor con antipsicóticos atípicos (54,9%) que con los típicos (50,1%)<sup>35</sup>. Hay datos que señalan que la mejor tolerancia de estos fármacos y la menor frecuencia en la inducción de síntomas extrapiramidales pueden estar implicados.

7. *Experiencia subjetiva con antipsicóticos:* Además de los efectos secundarios per se, es necesario abordar el concepto de respuesta subjetiva desfavorable ante la medicación antipsicótica, también conocida como «disforia neuroléptica», «depresión acinética», «descompensación neuroléptica» o «anhedonia inducida por neurolépticos». Se ha definido como la interpretación subjetiva de los cambios fisiológicos que siguen a la toma de medicación<sup>36</sup>. En

estos casos el paciente se queja de sentirse como un «zombie», «incapaz de pensar con claridad», «lento», «apagado», «confuso» o «como atontado»..., con una sensación subjetiva de ansiedad. Se ha venido observando en distintos estudios que esta respuesta disfórica es frecuente cuando se toma medicación antipsicótica; incluso se ha descrito en sujetos sanos a dosis bajas. Se baraja que alrededor de un tercio de los pacientes que toman tratamiento antipsicótico tienen este tipo de experiencias desagradables y que su presencia tiene una influencia negativa en la calidad de vida<sup>37</sup>.

Se ha relacionado la respuesta disfórica ante los antipsicóticos con algunos de los efectos secundarios que producen<sup>38</sup>:

- la sedación puede provocar una sensación angustiosa de pérdida de control en la administración aguda de antipsicóticos. Sin embargo, en la administración crónica se relaciona con la disminución de capacidades cognitivas y de reacción psicomotora y el paciente puede sentirse «atontado», «raro» o como un «zombie».
- los efectos extrapiramidales (disonías agudas, parkinsonismo, discinesias tardías) han sido una de las causas más importantes de rechazo y abandono de la pauta farmacológica en el caso de los antipsicóticos clásicos.
- la acatisia es, probablemente, el efecto secundario que provoca una sensación más angustiosa en el paciente. Se ha relacionado con el suicidio y es uno de los principales motivos de discontinuación del tratamiento farmacológico.
- la denominada «depresión inducida por neurolépticos» es otro efecto ligado a la experiencia negativa a largo plazo, aunque en la práctica ha sido complicado diferenciarla de los síntomas depresivos que pueden aparecer en la esquizofrenia de forma independiente a la medicación.

La cuestión de si la disforia neuroléptica es una variante de los efectos extrapiramidales inducidos por los fármacos ha sido planteada ampliamente. Recientes estudios y revisiones indican que el concepto de disforia neuroléptica es un constructo válido<sup>39,40</sup>.

En varios estudios se apunta que los antipsicóticos atípicos provocan una mejor experiencia subjetiva que los clásicos<sup>41</sup>.

En general, parece ampliamente consensuada la importancia de que los profesionales de la salud mental no pasemos por alto la evaluación de la experiencia subjetiva del paciente ante la medicación antipsicótica dado que existe evidencia suficiente para afirmar que es uno de los principales determinantes en el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la esquizofrenia y tiene implicación en la evolución futura de la enfermedad<sup>42</sup>. Además, el hecho de que el profesional se interese por la experiencia del paciente puede mejorar la alianza terapéutica.

8. *Pautas farmacológicas:* Las pautas de administración sencillas y que sean compatibles con los hábitos de vida del paciente, favorecen la adherencia.

Así, las pautas farmacológicas consistentes en antipsicóticos inyectables de larga duración (depot) pueden favorecer el cumplimiento frente a la medicación oral y han demostrado su eficacia a largo plazo en la esquizofre-



nia<sup>43,44</sup>. Recientes estudios resaltan el papel de los antipsicóticos atípicos en forma depot como una oportunidad para aumentar la adherencia y mejorar el tratamiento de la esquizofrenia<sup>45</sup>.

También el hecho de que las pautas orales sean sencillas (a ser posible en una toma única diaria) puede favorecer la adherencia al tratamiento<sup>46</sup>, sobre todo si se combinan con un seguimiento estrecho por parte de los profesionales implicados en el caso.

Los factores relacionados con la medicación en general se han considerado responsables de hasta el 50% de los casos de falta de adherencia<sup>30</sup>.

9. *Relación profesional-paciente*: Se ha demostrado en diversos estudios que la existencia de una buena relación profesional-paciente es una de las razones fundamentales de la adherencia al tratamiento en pacientes esquizofrénicos<sup>47</sup>.

La relación profesional-paciente se engloba en un concepto más amplio, la alianza terapéutica, que se va construyendo entre ambos a lo largo del tiempo y que implica un acuerdo por parte de médico y del paciente respecto a un tratamiento. En esta línea, si la planificación del tratamiento se hace de forma consensuada con el paciente, teniendo en cuenta su situación y sus características personales es probable que aumente la adherencia.

Es necesario disponer de tiempo suficiente en las entrevistas para poder preguntar específicamente y escuchar las necesidades, las dudas, y los miedos del paciente<sup>23</sup>.

En diversos estudios se encontró que aquellos pacientes que cumplían con el tratamiento prescrito tenían más probabilidad de estar satisfechos con su psiquiatra, sentían que el médico les entendía y que éste tenía las mejores intenciones<sup>48</sup>.

10. *Información*. La falta de información adecuada y comprensible para el paciente acerca de la enfermedad y su tratamiento se ha relacionado con el incumplimiento<sup>49</sup>.

Por ello cada vez se considera más importante informar al paciente esquizofrénico de en qué consiste su enfermedad, cuál es el tratamiento más adecuado en ese momento, los posibles síntomas secundarios a la toma de medicación antipsicótica que pueden experimentar y como actuar en ese caso, dándole pautas claras y sencillas.

Se ha demostrado que informar de los posibles efectos secundarios ayuda a la adherencia al tratamiento<sup>23</sup>.

En muchos casos es muy difícil para los pacientes establecer una relación causal entre el abandono de la medicación y las recaídas, que no suelen ser inmediatas, siendo necesario también dar información respecto a este punto.

11. *Aspectos de organización asistencial*: El seguimiento por un mismo profesional o equipo de profesionales, los contactos regulares para la supervisión de la medicación, la disponibilidad para consultar en caso de que aparezcan efectos secundarios o cualquier otro problema relacionado con la enfermedad son cuestiones importantes a tener en cuenta a la hora de planificar la asistencia a este grupo de pacientes ya que pueden incrementar la adherencia al tratamiento.

12. *Apoyo familiar*: Otro factor que favorece la adherencia es convivir con un familiar u otra persona que supervise la medicación<sup>50</sup>. En este sentido la aceptación y conocimiento de la enfermedad y la valoración del trata-

miento como necesario por parte de la familia va a facilitar que el paciente acepte la medicación. Por el contrario, actitudes de rechazo o desconfianza hacia los fármacos y otros malentendidos sobre la naturaleza de la enfermedad mental de su familiar harán más probable que el paciente acabe abandonando la medicación.

También se ha relacionado el hecho de carecer de apoyo social y emocional adecuado con el incumplimiento.

13. *Estigma social*. El estigma que supone tener que tomar tratamiento continuado para una enfermedad mental puede estar implicado en una peor adherencia terapéutica<sup>51</sup>.

## 2.2. Evaluación de la adherencia al tratamiento:

Se ha demostrado ampliamente que la adherencia al tratamiento es un elemento crucial para la evolución de la esquizofrenia y sus consecuencias en cuanto a costes económicos, sociales y psicológicos son enormes. Por tanto, parece claro que es necesario incorporar su exploración y evaluación en la rutina de la práctica clínica, con el objetivo de poder hacer una estimación lo más correcta posible del cumplimiento que permita llevar a cabo una acción precoz en caso de no adherencia o adherencia parcial<sup>52</sup>.

Para evaluar esta área adecuadamente es conveniente recoger información de diversas fuentes<sup>53</sup>:

- el propio paciente
- la familia y cuidadores
- otros profesionales implicados en el caso
- informes clínicos

Se suelen utilizar distintos procedimientos de evaluación:

TABLA 7.2. Métodos indirectos de evaluación de adherencia al tratamiento (Basados en Osterberg y Blaschke, 2005)<sup>16</sup>

MÉTODOS INDIRECTOS	VENTAJAS	INCONVENIENTES
Entrevista	Sencillo, barato, útil en el contexto clínico	El paciente puede alterar la información Tendencia, por parte del entrevistador a subestimar la frecuencia del incumplimiento
Informes de otros profesionales	Sencillo, barato, proporciona información objetiva y fiable. Nos permite situarnos temporalmente	Dificultad, en ocasiones, para acceder de forma inmediata a esta información
Autorregistros	Sencillo y barato	Dificultades de los pacientes con mayor deterioro cognitivo para cumplimentarlos. El paciente puede alterar los datos
Escalas y cuestionarios	Sencillo, barato, método muy útil en el entorno clínico	El paciente puede falsear los resultados
Recuento de pastillas	Objetivo, cuantificable y sencillo	El paciente puede alterar los datos

TABLA 7.2. **Métodos indirectos de evaluación de adherencia al tratamiento (Basados en Osterberg y Blaschke, 2005)<sup>16</sup>**  
(Continuación)

MÉTODOS INDIRECTOS	VENTAJAS	INCONVENIENTES
Monitorización electrónica de la medicación	Objetivo, cuantificable	Caro. El paciente puede alterar los datos
Tasas de renovación de recetas	Objetivo	La renovación de la receta no implica que se tome la medicación. Requiere un sistema de farmacia cerrado

TABLA 7.3. **Métodos directos de evaluación de la adherencia al tratamiento (Basados en Osterberg y Blaschke, 2005)<sup>16</sup>**

MÉTODOS DIRECTOS	VENTAJAS	INCONVENIENTES
Evaluación bioquímica	Objetivo. Alto nivel de fiabilidad	Caro, invasivo para el paciente. La variabilidad metabólica y la «adherencia de bata blanca» pueden dar una impresión falsa de adherencia
Observación directa	Es el mas exacto	Dificultades para la observación en contextos no residenciales

En algunas situaciones clínicas o de investigación puede ser preferible utilizar un determinado método de evaluación del cumplimiento. Sin embargo, en la práctica, la combinación de varios métodos generalmente aumenta la precisión.

### Métodos indirectos:

2.1. *Entrevista:* Los primeros datos suelen obtenerse a través de entrevistas tanto con el paciente como con la familia. La entrevista nos permite conocer directa o indirectamente las creencias, actitudes y conductas del usuario y la familia frente a la enfermedad y el tratamiento.

Tal como señalan Barreiro et al.<sup>54</sup> se puede iniciar la evaluación con preguntas sencillas que permiten comprobar, por ejemplo, si el paciente conoce el tratamiento (¿qué medicamentos está tomando?), si sabe la razón por la que lo necesita (¿sabe para qué toma el tratamiento?), su motivación (¿por qué cree que debe tomarlo?) y las dificultades concretas de cumplimiento (¿se olvida a veces?, ¿le produce algún problema?, ¿le resulta molesto?, ¿ha dejado de tomarlo voluntariamente en alguna ocasión?).

Por su parte, Sanjuán<sup>55</sup> recomienda recoger información a través de preguntas abiertas que permitan profundizar en las actitudes y creencias específicas de cada paciente concreto sobre su enfermedad y la medicación que está tomando. Plantea las siguientes preguntas básicas en la evaluación de la experiencia subjetiva con antipsicóticos:

- 1) Creencias del paciente sobre su enfermedad:
  - ¿Es de causa psicológica o biológica?
  - ¿Hasta donde cree que influyen los factores sociales?
  - ¿Cuál es el origen de los síntomas?

- 2) Actitudes hacia la medicación:
  - ¿Qué opina de tomar medicación?
  - ¿Hasta dónde cree que le puede ayudar?
  - ¿Cuál sería el fármaco ideal?
  - ¿Cuál ha sido su experiencia con los antipsicóticos?
  - ¿Cuál ha sido el efecto secundario que mas le molesta?
  - ¿Cuál es el efecto mas beneficioso que ha notado?
  - ¿Qué cree que pasaría si no la toma?

Es importante el desarrollo de un clima de confianza, ausente de juicio y valoración en el que el paciente y la familia puedan expresarse con libertad, sabiendo que lo que digan no va a suponerles problemas o consecuencias negativas posteriores. Aun así, cuando hablamos con el paciente acerca de si toma o no la medicación tal como se la ha prescrito el profesional debemos tener en cuenta el factor de discapacidad social. A menudo los pacientes son conscientes de la importancia que nosotros, los profesionales, damos a que cumplan con la medicación y por ello pueden «disfrazar» la realidad, evitar dar respuestas claras sobre ello, negarse a abordar el tema,... Por esta razón es tan importante contar con otros informadores como la familia o cuidadores ya que se ha descrito ampliamente que la evaluación realizada a través de la entrevista con el paciente exclusivamente suele subestimar la magnitud del incumplimiento.

2.2. *Informes de otros profesionales:* La información que pueden aportar los profesionales que estén o hayan estado relacionados con el tratamiento de la enfermedad (por ejemplo personal de Servicios Sociales, Ayuda a Domicilio, otros Servicios de Salud,...) y, por supuesto, los informes que podamos recopilar a través de otros dispositivos de Salud Mental o del propio paciente y la familia son interesantes en la medida en que a través de ellos podemos acceder a información en relación a si el cumplimiento de la medicación ha venido siendo, o es, un problema a lo largo de la evolución de la enfermedad de la persona. Estos informes aportan información objetiva y fiable, nos permiten situarnos temporalmente y son una valiosa fuente de información sobre el nivel de conocimiento y las creencias y actitudes del paciente.

2.3. *Autorregistros:* Otra forma de evaluar esta variable, quizá menos utilizada, es a través de autorregistros, donde el paciente puede anotar distintos aspectos relacionados con este tema, por ejemplo:

- si toma la medicación o no
- hora en que la toma
- efectos secundarios que identifica

A la hora de elaborar y utilizar estos instrumentos debemos tener siempre presente que, dadas las características especiales de gran parte de los pacientes esquizofrénicos (dificultades cognitivas, escasa motivación,...) debe primar la sencillez a la hora de diseñarlos; y en ocasiones, de forma puntual, se puede solicitar a los familiares la supervisión del registro.

2.4. *Escalas y cuestionarios de evaluación:* Se trata de una serie de instrumentos que pueden ser útiles para evaluar distintos aspectos que pueden estar influyendo en el cum-

plimiento terapéutico del paciente. Los más utilizados actualmente son los siguientes:

- *ROMI: Rating of Medication Influences (Weiden et al. 1994)*<sup>56</sup>: Se trata de un instrumento diseñado para predecir el cumplimiento del tratamiento a través de la valoración de factores de actitud y comportamiento que pueden influir en ello. Está indicada cuando queremos evaluar los factores de tipo psicosocial y ambiental e indaga directamente los factores que favorecen el cumplimiento e influyen en el incumplimiento.

Consiste en una entrevista semi-estructurada con dos partes:

- 1) En la primera se recogen datos sobre:
  - situación vital
  - entorno del tratamiento
  - régimen de medicación prescrito
  - actitud global hacia el tratamiento y la medicación
  - actitud global de la familia y los cuidadores hacia el tratamiento y la medicación
- 2) En la segunda parte se pregunta sobre las razones que tiene el paciente para el cumplimiento e incumplimiento del tratamiento. Se empieza la entrevista por una pregunta abierta y después se le leen algunas de las razones que pueden tener las personas para cumplir o no con la medicación. Si el paciente no ha cumplido con la medicación durante al menos 1 semana en el último mes o está en el momento de la entrevista sin medicación, se empezará leyendo las razones que pueden llevar a no cumplir con la medicación; de lo contrario se empezará por las razones para cumplir.

- *DAI: Inventario de Actitudes hacia la medicación (Drug Attitude Inventory. Hogan et al. 1983)*<sup>57</sup>: Se trata de un instrumento autoaplicado, de fácil uso, que nos permite evaluar las respuestas subjetivas específicas a los fármacos.

Puede utilizarse como método de autoevaluación.

Se presenta en dos versiones (10 y 30 ítems). La versión larga formada por 30 ítems se agrupa en 7 categorías: respuesta subjetiva positiva, negativa, salud y enfermedad, médico, control, prevención y daño. La versión breve, formada por 10 ítems, aborda el efecto percibido de la medicación con los siguientes ítems:

1. Para mí lo bueno de la medicación supera lo malo.
2. Me siento raro, como un zombie con la medicación.
3. Tomo medicación por decisión propia.
4. La medicación hace que me sienta más relajado.
5. La medicación hace que me sienta cansado y lento.
6. Tomo medicación sólo cuando estoy enfermo.
7. Me siento más normal con la medicación.
8. Es antinatural para mi mente y mi cuerpo estar controlado por medicaciones.
9. Mis pensamientos son mas claros con medicación
10. Por estar con medicación puedo prevenir caer enfermo.

Los ítems son de respuesta dicotómica verdadero – falso. No existen puntos de corte definidos; a mayor puntuación, efecto percibido de la medicación más positivo. En 2001 se ha publicado una adaptación al castellano del DAI-30<sup>58</sup>.

- *NDS: Neuroleptic Dysphoria Scale (Van Putten y May, 1978)*<sup>59</sup>: Es la primera escala que se elaboró para la valoración de las sensaciones subjetivas. Se considera apropiada para pacientes psicóticos en fase aguda. Se trata de una entrevista semi-estructurada que consta de 4 preguntas:

- ¿Cómo te encuentras con la medicación?
- ¿Te afecta al pensamiento?
- ¿Te hace sentir mas calmado?
- ¿Piensas que es una buena medicación para ti?

El paciente debe contestar a estas preguntas en una valoración que va en cada pregunta de +11 a -11, lo que implica un margen de respuesta desde +44 (respuesta sintónica máxima) a -44 (respuesta disfórica máxima).

Se ha sugerido usar el ROMI cuando se trata de analizar los factores psicosociales y ambientales, el DAI para los efectos subjetivos de los fármacos y el NDS específicamente para pacientes ingresados por episodios agudos<sup>60</sup>.

- *PETIT: Personal Evaluation of Transitions in Treatment (Voruganti, Awad, 2002)*<sup>61</sup>. Escala autoaplicada de 30 ítems que combina aspectos relativos a la calidad de vida con la experiencia subjetiva. Fácil de administrar

- *MARS: Medication Adherence Rating Scale (Thompson et al., 2000)*<sup>62</sup>. Cuestionario autoaplicado y válido para cualquier contexto clínico. Consta de 10 preguntas que abordan la complejidad que caracteriza la cumplimentación del tratamiento neuroléptico (incluyendo experiencia subjetiva con el fármaco). Según sus autores tiene una mayor validez interna que el DAI.

- *BEMIB: Brief Evaluation of Medication Influences and Beliefs (Dolder et al., 2004)*<sup>63</sup>: Se trata de una escala breve para medir el cumplimiento de la medicación que permite identificar a los pacientes potencialmente no cumplidores. Consta de 8 ítems que se puntúan del 1 al 5 según el grado de acuerdo y que se agrupan en 3 factores: conciencia de enfermedad y de los beneficios del tratamiento, obstáculos externos y obstáculos internos.

- Tomar la medicación antipsicótica me hace sentir mejor
- Tomar la medicación antipsicótica me ayuda a evitar la hospitalización
- Los efectos secundarios de la medicación antipsicótica me fastidian
- Tengo un sistema que me ayuda a recordar tomar la medicación antipsicótica
- Es difícil de recordar cada día que hay que tomar la medicación antipsicótica
- No tengo problema en obtener la medicación antipsicótica
- Mi familia, amigos y doctores me ayudan a tomar la medicación antipsicótica
- Tengo un trastorno psiquiátrico que mejora con la medicación antipsicótica.

### Otros métodos:

- *Recuento de píldoras o recuento de dosis restantes*: Consiste en contar el número de píldoras que le quedan al paciente y compararlas con el que se supone que debería tener si el cumplimiento fuese el correcto. Es importante, para ello contar con la colaboración familiar.

Sin embargo, el que las píldoras no estén no significa necesariamente que el paciente se las haya tomado, sobre todo si sabe que la medicación va a ser contada.

- Dispositivos electrónicos de medición del cumplimiento o de control de uso como *Medication Event Monitoring System (MEMS)*: Se trata de un sistema electrónico que mide la fecha y el tiempo que el envase de las píldoras está abierto. El problema principal que presenta es que no puede registrar que la píldora sea o no tomada y en la dosis correcta.

Algunos estudios indican una importante discrepancia entre la proporción de pacientes identificados como no cumplidores por los clínicos y los identificados por esta técnica, siendo significativamente mayor en este último caso.

- *Tasas de renovación de recetas*: Un sistema sanitario que utilice historias clínicas electrónicas y un sistema de farmacia cerrado puede proporcionar al médico información objetiva y accesible sobre las tasas de renovación de recetas y por lo tanto sobre el cumplimiento de la pauta posológica.

Sin embargo, la renovación de recetas, como en los métodos anteriores, no garantiza la toma de medicación.

### Métodos directos:

2.6. *Evaluación bioquímica*: Se trata de una técnica poco utilizada en contextos comunitarios. Supone un alto nivel de fiabilidad pero es cara e invasiva para el paciente.

2.7. *Observación directa*: La observación directa es raramente utilizada en la práctica para evaluar esta área aunque se trata de uno de los métodos más fiables.

En determinados ámbitos, como pueden ser los residenciales, puede resultarnos útil para evaluar la autoadministración de medicación, las habilidades para reponer medicación, para pedir citas,... aunque no siempre es factible y puede interferir en la relación terapéutica y en el desarrollo de la autonomía del paciente.

## 3. Nivel de autonomía en la toma de medicación:

Además de la importancia de evaluar si el paciente sigue las indicaciones de su médico y toma o no la medicación pautada por éste, es necesario evaluar el nivel de autonomía que tiene el paciente en esta área.

Debemos atender a distintos aspectos, a modo de guía:

- Recuerda que debe tomar la medicación.
- Es capaz de diferenciar los distintos tipos de fármacos y cuáles corresponderían a cada toma.

- Conoce el nombre de los fármacos y la dosis correcta de administración.
- Sabe para qué sirve cada uno de los fármacos.
- Prepara él mismo los fármacos.
- Es capaz de prever la necesidad de reponer la medicación.
- Se encarga de recoger las recetas.
- Se encarga de comprar la medicación.
- Guarda la medicación en un lugar adecuado.

Podemos recoger información sobre estas variables a través de distintas fuentes:

3.1. *Entrevistas con pacientes y familiares*. Es el método más utilizado.

3.2. *Informes de otros profesionales*. Pueden proporcionarnos datos de otros momentos de la evolución del paciente.

3.3. *Autorregistros*. Se debe atender a que el diseño sea sencillo y comprensible para el paciente.

3.4. *Observación directa*: Sobre todo se utiliza en contextos de tipo residencial.

## 4. Factores de riesgo, protección y síntomas prodrómicos:

La elevada tasa de recaídas asociada a la esquizofrenia, a pesar de que contamos con tratamiento antipsicótico y estrategias psicosociales que han demostrado su utilidad, justifica el estudio e identificación de factores de riesgo, protección y síntomas prodrómicos para conseguir que los profesionales, los pacientes y los familiares puedan ser más efectivos en la prevención de recaídas.

Tal como recogen Birchwood et al.<sup>64</sup> cuando hablamos de factores de riesgo en pacientes vulnerables a padecer episodios de tipo esquizofrénico nos referimos al conjunto de variables que están relacionadas con el aumento de la probabilidad de desarrollar un episodio psicótico. Se han descrito numerosos factores de riesgo como por ejemplo:

- consumo de tóxicos.
- abandono o cumplimiento parcial de la medicación.
- elevada Emoción Expresada (EE) en el ámbito familiar.
- ambientes o situaciones con alto nivel de estrés o tensión.
- cambios en la vida diaria.

En el extremo opuesto están los factores de protección, que serían aquellas variables que disminuirían la posibilidad de un episodio psicótico en un individuo vulnerable. Por ejemplo:

- correcta toma de la medicación.
- ambientes con un adecuado nivel de estimulación.
- tratamientos psicosociales.
- tratamientos psicoterapéuticos ajustados.
- adecuado soporte familiar y social.
- actividades de ocio y laborales.



Por su parte, los síntomas prodrómicos son aquellas señales de alarma que nos pueden estar anunciando cambios significativos en la situación del paciente o posibles recaídas. Algunos de los síntomas prodrómicos más habituales son:

- Cambios emocionales y otras experiencias subjetivas: sintomatología depresiva, ansiedad, inestabilidad anímica, sensación de tensión, irritabilidad, ira, desconfianza, sensación de pérdida de control, cambios en la percepción de sí mismo, de otras personas y del mundo en general.
- Cambios cognitivos: ideas extrañas, disminución de la capacidad de concentración y memoria.
- Deterioro funcional y social: pérdida de energía y motivación, retraimiento y aislamiento social.
- Cambios conductuales.
- Trastornos del sueño.
- Alteraciones del apetito.

Los síntomas prodrómicos pueden ser dispares en distintos pacientes aunque se ha documentado que es muy frecuente que sean muy similares en distintos momentos en el mismo paciente, de tal forma que el hecho de poder identificarlos como una señal de alarma que puede desembocar en una recaída es fundamental a la hora de hacer una intervención temprana. En este sentido, Birchwood et al. plantean que el pródromo de cada paciente es como una «firma de recaída» personalizada, constituida por los síntomas nucleares o comunes junto con características específicas de cada paciente. Si pudiera identificarse la firma de recaída de un enfermo, cabría esperar un aumento del poder predictivo general de los síntomas «prodrómicos».

Para el terapeuta es importante obtener información sobre éstos aspectos pero, sobre todo nos interesa una evaluación exhaustiva sobre el conocimiento que tanto el paciente como la familia tienen sobre los factores de riesgo, de protección y los síntomas prodrómicos; y cómo utilizan ese conocimiento para minimizar el riesgo de recaídas.

Para ello podemos utilizar:

4.1. *Entrevistas con el paciente y sus familiares o cuidadores*: Las entrevistas, con el paciente y sus familiares, son el medio más utilizado para la evaluación de los factores de riesgo, los factores de protección y los síntomas prodrómicos.

Birchwood y cols. plantean que puede obtenerse información precisa sobre el pródromo o «firma de recaída» del paciente a través de entrevistas con éste o su familia sobre los cambios de pensamiento o conducta que han desembocado en un episodio reciente. Se pretende con ello que tanto el paciente como la familia y los profesionales puedan discernir con mayor precisión cualquier pródromo que se presente en el futuro. Estos autores proponen una entrevista que consta de 5 etapas:

- 1) Establecer la fecha de comienzo/ingreso en el hospital y comportamiento en el punto álgido del episodio.
- 2) Establecer la fecha en que se notó por primera vez un cambio en el comportamiento.
- 3) Establecer la secuencia de cambios hasta la recaída.

4) Explorar más específicamente la secuencia de cambios hasta la recaída a través, si fuera necesario de preguntas que aborden aspectos específicos todavía no clarificados.

5) Resumen del pródromo.

4.2. *Listado de pródromos*: Elaboración de un listado de síntomas o señales de alarma que han aparecido, en el pasado, de forma específica antes de una descompensación. En la elaboración de este listado participan el profesional, la familia y el propio usuario, de tal forma que se recojan el mayor número de datos posible. Posteriormente se consensuará, teniendo en cuenta las características de cada caso, la actuación de las personas implicadas ante esas señales de alarma; por ejemplo que la familia o el propio usuario consulten con el profesional de forma preferente a fin de poder llevar a cabo una intervención lo más temprana posible.

4.3. *Escalas y cuestionarios*:

– *Entrevista Estructurada para Síndromes Prodrómicos (Structured Interview for Prodromal States, SIPS, McGlashan et col, 2001)*<sup>65</sup>. Se trata de una entrevista desarrollada para orientación diagnóstica, que debe ser aplicada por personal con experiencia clínica y previamente entrenado, que permite:

- diferenciar clínicamente entre los síndromes prodrómicos y la psicosis u otros fenómenos clínicos
- detectar aquellos pacientes con riesgo inminente de desarrollar psicosis.

La SIPS incluye una escala que puede ser muy útil para evaluar pródromos: la *Escala de Síndromes Prodrómicos (Scale of Prodromal Syndromes, SOPS, McGlashan et col, 2001)*. Se trata de un instrumento de orientación diagnóstica que consta de 19 ítems y evalúa la presencia e intensidad de signos y síntomas prodrómicos de esquizofrenia. La escala califica los 4 apartados psicopatológicos de la entrevista SIPS:

- Presencia de síntomas positivos.
- Presencia de síntomas negativos.
- Presencia de síntomas de desorganización.
- Presencia de síntomas generales.

Las calificaciones de presencia de síndrome se realizan mediante una escala tipo Likert de 7 grados (0: ausente hasta 6: extremo/grave y psicótico).

Se recomienda aplicar en períodos inferiores a 6 meses desde la última visita. Cuando las revisiones se realizan en un período superior, se debe aplicar la SIPS, de forma completa.

– *Early Signs Scale/ Escala de Señales Tempranas (ESS, Birchwood et al. 1989)*<sup>66</sup>: Escala autoaplicada para la detección de señales tempranas de psicosis a través de 4 escalas generales:

1. Ansiedad
2. Negativismo
3. Desinhibición
4. Psicosis incipiente

4.4. *Información que puedan aportarnos otros profesionales implicados en el caso*, tanto directamente como a través de informes o de la historia clínica.

## 5. Recomendaciones para la evaluación

En la práctica diaria la evaluación de la conciencia de enfermedad y el cumplimiento terapéutico se lleva a cabo fundamentalmente por medio de la entrevista con el paciente y los datos aportados por los familiares y otros profesionales implicados en su tratamiento.

Hemos señalado la importancia de que esta evaluación se realice en el marco de una relación terapéutica que genere confianza y en la que el paciente pueda expresarse con libertad.

En la Tabla 7.4 proponemos un esquema de los factores que se deben evaluar en cada área y la metodología básica para ello, incluyendo los instrumentos más útiles desde nuestro punto de vista.

TABLA 7.4. Factores que se deben evaluar en cada área y metodología básica

	¿QUÉ EVALUAR?	METODOLOGÍA
<b>INSIGHT (CONCIENCIA DE ENFERMEDAD)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conciencia de enfermedad</li> <li>- Reconocimiento como patológicas de las experiencias mentales inusuales (delirios, alucinaciones...)</li> <li>- Reconocimiento de las consecuencias de la enfermedad</li> <li>- Reconocimiento de los efectos beneficiosos del tratamiento</li> </ul>	1. Entrevistas  2. Informes de otros profesionales 3. SUMD <sup>a</sup>
<b>ADHERENCIA AL TRATAMIENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creencias y actitudes del paciente frente a la enfermedad y el tratamiento</li> <li>- Tipo de sintomatología</li> <li>- Conciencia de enfermedad</li> <li>- Abuso de sustancias psicoactivas</li> <li>- Historia previa</li> <li>- Efectos secundarios de la medicación antipsicótica</li> <li>- Experiencia subjetiva con antipsicóticos</li> <li>- Pautas farmacológicas</li> <li>- Relación médico-paciente</li> <li>- Información sobre la enfermedad y el tratamiento</li> <li>- Aspectos de la organización asistencial</li> <li>- Apoyo social y familiar</li> <li>- Estigma social</li> </ul>	1. Entrevistas  2. Informes de otros profesionales  3. DAI <sup>b</sup>  4. ROMI <sup>c</sup>
<b>NIVEL DE AUTONOMÍA EN LA TOMA DE MEDICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recuerda tomar medicación</li> <li>- Es capaz de diferenciar los distintos tipos de fármacos y cuales corresponderían a cada toma.</li> <li>- Conoce el nombre de los fármacos y la dosis correcta de administración.</li> </ul>	1. Entrevistas  2. Informes de otros profesionales

TABLA 7.4. Factores que se deben evaluar en cada área y metodología básica (Continuación)

	¿QUÉ EVALUAR?	METODOLOGÍA
<b>NIVEL DE AUTONOMÍA EN LA TOMA DE MEDICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sabe para que sirve cada uno de los fármacos</li> <li>- Prepara él mismo los fármacos</li> <li>- Es capaz de prever la necesidad de reponer la medicación</li> <li>- Se encarga de recoger las recetas</li> <li>- Se encarga comprar medicación</li> <li>- Guarda la medicación en un lugar adecuado</li> </ul>	3. Autorregistros
<b>FACTORES DE RIESGO, PROTECCIÓN Y PRODRÓMICOS</b>	<p><i>Factores de riesgo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- consumo tóxicos</li> <li>- abandono medicación</li> <li>- elevada EE en el ámbito familiar</li> <li>- ambientes o situaciones con alto nivel de estrés</li> <li>- cambios en la vida diaria</li> </ul> <p><i>Factores de protección:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- correcta toma medicación</li> <li>- ambientes adecuados nivel de estimulación</li> <li>- tratamientos psicosociales</li> <li>- tratamientos psicoterapéuticos ajustados</li> <li>- adecuado soporte familiar y social</li> <li>- actividades de ocio y laborales</li> </ul> <p><i>Síntomas prodrómicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- cambios emocionales y otras experiencias subjetivas</li> <li>- cambios cognitivos</li> <li>- deterioro funcional y social</li> <li>- cambios conductuales</li> <li>- trastornos del sueño</li> <li>- alteraciones del apetito</li> </ul>	1. Entrevista  2. Informes de otros profesionales  3. Listado síntomas prodrómicos

<sup>a</sup> SUMD: Scale of Unawareness of Mental Disorder.

<sup>b</sup> DAI: Drug Attitude Inventory.

<sup>c</sup> ROMI: Rating of Medication Influences.

## 6. Bibliografía

1. Lieberman J. A., Scott Stroup T, McEvoy J P, Swartz M S, Rosenheck R A, Perkins D O; et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005; 353: 1209-23.
2. Scoot J, Pope M. Self-reported adherence to treatment with mood stabilizers, plasma levels, and psychiatric hospitalization. *Am J Psychiatry*. 2002 Nov;159(11):1927-9.
3. Granado M., Hernández M. Psicoeducación, autoadministración de la medicación y prevención de recaídas. En A. Rodríguez (coord.): *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide, 1997. (p. 190-209).
4. J, Camps C, Gisbert C. Metodología de las intervenciones en el contexto individual, familiar y social. En: C. Gisbert Aguilar (coord.): *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003. (p 131-192).

5. Rüş N, Corrigan P W. Motivational interviewing to improbe insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2002, 26 (1): 23-32.
6. Cooke M A; Peters E R, Kuipers E, Kumari V. Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis. *Acta Psychiatr Scand*, 2005; 112 (1): 4-17.
7. Lysaker, P.H., & Bell, M.D. Work and meaning: Disturbance of volition and vocational dysfunction in schizophrenia. *Psychiatry*, 1995; 58, 392-400.
8. Marková I.S., Berrios G.E. Insight and clinical psychiatry revisited. *Comprehensive Psychiatry*, 1995; 36, 367-76.
9. Dominguez Panchón A.I., Marková I.S., Berrios G.E., Bulbena Vilarrasa A. Evaluación del insight en las psicosis. En Bulbena Vilarrasa A., Berrios G.E., Fernández de Larrionoa P. *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología*. Barcelona: Masson; 2000: 137-51.
10. David A.S. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry*, 161, 599-602.
11. Amador X., Strauss D.H., Yale S.A., Gorman J.L. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bulletin*, 1991; 17,113-32.
12. Amador X.F., Kronengold H. Understanding and assessing insight. In *Insight and Psychosis* (second edition) . Oxford: Oxford University Press, 2005; 3-30.
13. Amador X.F., Strauss D.H. The Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD). 1990, Columbia University and New York State Psychiatric Institute.
14. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bulletin*, 1987; 13, 261-76.
15. Haynes R.B. Introduction. En: Haynes R.B, Taylor D.W, Sackett D.L. (Eds.): *Compliance health care*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1979; 1-7.
16. Osterberg, L y Blaschke, T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;353: 487-97.
17. Cramer J, Rosenheck R, Kirk G, Krol W, Krystal J. Medication compliance feedback and monitoring in a clinical trial: predictors and outcomes. *Value Health* 2003; 6:566-73.
18. Chen A. Noncompliance in comunitary Psychiatry: a review of clinical interventions. *Hosp Com Psychiatry*. 1991; 42: 282-7.
19. Julius RJ, Novitsky JR, Dubin WR. Medication adherence: A review of the literature and implications for clinical practice. *Journal of Psychiatric Practice*. 2009; 15:34-44.
20. Perkins DO. Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63:1121-8.
21. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Leckband SG, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry*. 2002, 63: 892-909.
22. Weiden P.J, Dixon L, Frances A, et al. Neuroleptic noncompliance in schizophrenia. En: Tammingan, C; Schulz, C. (Eds.). *Advances in neuropsychiatry a psychopharmacology*. Vol.I. Schizophrenia Research. New York: Raven, 1991.
23. Oehl M, Hummer M, Fleischhacker W.W. Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr Scand*, 2000; suppl 102: 83-6.
24. Helgason L. Twenty years follow up of first psychiatric presentation for schizophrenia: what could have been prevented? *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81: 141-5.
25. Wyatt R.J. Medicación antipsicótica y evolución a largo plazo de la esquizofrenia. En: Shriqui Ch. L, Nasrallah H.A, editores. *Aspectos Actuales del Tratamiento de la Esquizofrenia*. Madrid: Edimsa; 1995: 433-62.
26. Fleischhacker WW, Oehl MA, Hummer M. Factors influencing compliance in schizophrenia patients. *J Clin Psychiatry*. 2003;64 (Suppl. 16): 10-3.
27. Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical findings. *Schizophr Bull*. 1997; 23:637-51.
28. Franch Valverde J.I, Conde López V.J.M, Blanco Garrote J.A, Medina Ojeda G. El incumplimiento terapéutico: concepto, magnitud, factores relacionados, métodos de detección y medidas de actuación. Propuesta de un programa para el hospital de día psiquiátrico. *Interpsiquis*, 2001 (fecha de acceso 18 de febrero de 2004); (2). URL disponible en: <http://www.psiquiatria.com/interpsiquis2001/2547>.
29. Ascher-Svanum et al. Medication Adherence and Long-Term Functional Outcomes in the Treatment of Schizophrenia in Usual Care. *J Clin Psychiatry* 67:3; March 2006: 453-60.
30. Misdrahi D, Llorca PM, Lanchón C, Bayle FJ. Compliance in schizophrenia: predictive factors, therapeutical considerations and research implications. *Encephale* 2002. May-Jun; 28(3):266-72.
31. Adams J, Scott J. Predicting medication adherence in severe mental disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 119-24.
32. Olfson M, Marcus SC, Wilk J, et al. Awareness of illness and noadherence to antipsychotic medication among persons with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2006; 57:205-11.
33. Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J, Weiden PJ. Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2000; 51:216-22.
34. Owen RR, Fischer EP, Booth BM, Cuffel BJ. Medication non-compliance and substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 1996; 47:853-8.
35. Dolder CR, Lacro JP, Dunn LB, Jeste DV. Antipsychotic medication adherence: is there a difference between typical and atypical agents? *Am J Psychiatry*. 2002; 159:103-8.
36. Awad A.G, Subjective response to neuroleptics in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1993; 19: 609-18.
37. Van Putten T, May P.R, Marder S.R. Subjective responses to thiothixene and chlorpromazine. *Psychopharmacol Bull*. 1980; 16(3): 36-8.
38. Karow A, Naber D. Subjective well-being and quality of life under atypical antipsychotic treatment. *Psychopharmacology*. 2002; 162: 3-10.
39. Voruganti L, Awad A. Is Neuroleptic Dysphoria a Variant of Drug-Induced Extrapyramidal Side Effects? *Can J Psychiatry*. 2004. 49 (5): 285-289.
40. Awad A, Voruganti. Neuroleptic dysphoria: revisiting the concept 50 years later. *Acta Psychiatr Scand*. 2005. 111(suppl. 427): 6-13.
41. Marder SR. Subjective experiences on antipsychotic medications: synthesis and conclusions. *Acta Psychiatr Scand*. 2005; 427:43-6
42. Naber D, Karow A, Lambert M. Subjective well-being under neuroleptic treatment and its relevance for compliance. *Acta Psychiatr Scand*. 2005. 111 (Suppl. 427):29-34.
43. Adams C.E, Fenton M.K, Quraishi S, David A.S. Systematic meta-review of depot antipsychotic drugs for people with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 2001. 179: 290-9.
44. Kane J.M. Strategies for improving compliance in treatment of schizophrenia by using a longacting formulation of an antipsychotic: clinical studies. *Journal of Clinical Psychiatry* 2003; 64, Suppl 16: 34-40.
45. Diaz E, Neuse E, Sullivan MC et al. Adherence to conventional and atypical antipsychotics after hospital discharge. *J Clin Psychiatry* 2004;65:354-60.
46. Kane J.M. Review of treatments that can ameliorate nonadherence in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2006; 67, Suppl 5: 9-14.
47. Frank A.F, Gunderson J.G. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 1990; 47: 228-36.
48. Marder SR, Mebane A, Chien CP, et al. A comparison of patients who refuse and consent to neuroleptic treatment. *Am J Psychiatry* 1983; 140-72.
49. Makaryus AN, Friedman EA. Patients' understanding of their treatment plans and diagnosis at discharge. *Mayo Clin Proc* 2005; 80: 991-4.
50. McEvoy J.P, Freter S, Everett G, Geller G.L, Appelbaum P, Apperson L.J et al. Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients. *Journal of Nervous an Mental Diseases* 1989. 177: 48-51.
51. Hudson TJ, Owen RR, Thrush CR, Han X, Pyne JM, Thapa P, et al. A pilot study of barriers to medication adherence in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65:211-6.
52. Bobes J, García C, Bulbena A. Medición de la adherencia en la esquizofrenia. En: Cañas F, Roca M (coord.): *Adherencia terapéutica en la esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos*. Madrid: Ars Medica. 2006: 85-94.

53. Fernández J, González Cases J, Mayoral F, Touriño R. Evaluación funcional en rehabilitación psicosocial. Métodos e instrumentos. En: C. Gisbert Aguilar (coord.): Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2003.
54. Barreiro A, Bango J.I, Martín T, Domínguez P, Izquierdo M.D. El incumplimiento de las prescripciones de salud. Los problemas de adhesión al tratamiento en el ámbito de la salud mental. *Anales de psiquiatría* 2004; 20 (8): 364-72.
55. Sanjuán J, Grupo GEOPTE. Experiencia subjetiva con antipsicóticos. Gráficas Letra. 2003.
56. Weiden P.J, Rapkin B, Mott Z, Zygmunt A, Goldman D, Horvitz-Lennon M, Frances A. Rating of medication influences (ROMI) scale in schizophrenia. *Schizophr Bull.*1994; 20: 297-310.
57. Hogan T.P, Awad A.G, Eastwood M.R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: Reliability and discriminative validity. *Psychol Med* 1983; 13: 177-83.
58. García Cabeza I, Ormaechea Bedarrain JA, Arango López C, Sanz Amador M, González de Chávez M. El Cuestionario de Actitud Hacia la Medicación (Drug Attitude Inventory: DAI- 30) en población española. *Arch Psiquiatr* 2001; 64 (3): 261-72.
59. Van Putten T, May PR. Subjective response as a predictor of outcome in pharmacotherapy: the consumer has a point. *Arch Gen Psychiatry.* 1978, 35 (4): 477-80.
60. Otero, A. Calidad de vida, bienestar y cumplimiento del tratamiento. En: García Ribera, editor. Nuevos antipsicóticos atípicos. Barcelona: Masson, 1996.
61. Voruganti L, Awad AG. Personal evaluation of transitions in treatment (PETIT): a scale to measure subjective aspects of antipsychotic drugs therapy in schizophrenia. *Schizophr. Res* 2002; 56: 37-46.
62. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew A. Reliability an validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. *Schizophr Res* 2000; 5; 42 (3): 241-7.
63. Dolder CR, Lacro JP, Warren K, Golshan S, Perkins DO, Jeste DV. Brief evaluation of medication influences and beliefs: development and testing of a brief scale for medication adherence. *J. Clin Psychopharmacol.* 2004;24:404-9.
64. Birchwood M, MacMillan F, Smith J. Intervención Precoz. En: Birchwood M, Tarrrier N (coord.). El tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Ariel Psicología. 1995: 101-41.
65. McGlashan TH, Miller TJ, Woods. A scale for the assessment of symptoms and states. En: Miller TJ, Mednick SA, McGlashan TH, Libiger J, Johannessen JO, eds. Early intervention in psychotic disorders. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2001; 135-139.
66. Birchwood M; Smith J; MacMillan F; Hogg B; Prasad R; Harvey C; Bering S: Predicting relapse in schizophrenia, *Psychological Medicine*, 1989, 19, 649-656.





# Capítulo 8. Evaluación de las Funciones Cognitivas en Rehabilitación Psicosocial

Martín L. Vargas, Juan C. Sanz, Beatriz López-Luengo

## 1. Introducción

El estado de las funciones cognitivas es un predictor importante de la eficacia de las intervenciones en rehabilitación psicosocial y laboral<sup>1</sup>. Especialmente los déficits en la memoria verbal y en la vigilancia pueden ser factores neurocognitivos limitantes de la rehabilitación<sup>2</sup>. Por ello, en el diseño del Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR), es importante evaluar la capacidad cognitiva para:

- Establecer un pronóstico individualizado, definiendo objetivos terapéuticos realistas que consideren la capacidad real de recuperación cognitiva y funcional del paciente.
- Estimar la aptitud del paciente para los distintos tipos de aprendizaje, la cual condicionará la eficacia de las distintas técnicas rehabilitadoras y por ello la priorización de unas técnicas sobre otras.
- Definir los factores cognitivos que en cada persona se comportan como limitantes de la inserción social y laboral. Estos factores limitantes serán el objetivo de la intervención cognitiva, ya sea por recuperación o por sustitución de los déficits<sup>3</sup>.

En los apartados 2 y 3 se revisarán los procesos cognitivos que están más estrechamente relacionados con el pronóstico en rehabilitación psicosocial, así como algunas cuestiones generales referidas a la evaluación neuropsicológica. En el apartado 4 se propondrá una sistemática de evaluación utilizando instrumentos válidos, que estén disponibles en español y que sean de uso e interpretación sencillos en la práctica habitual. Por último, en el apartado 5 se harán algunas consideraciones para la interpretación clínica de la exploración.

## 2. Evaluación de las funciones cognitivas en rehabilitación psicosocial.

### 2.1. El enfoque neuropsicológico

La neuropsicología puede ser conceptualizada como una ciencia interdisciplinaria ubicada en el ámbito de las neurociencias, que estudia los correlatos entre las funciones cerebrales y el comportamiento humano, e investiga el impacto de la lesión o enfermedad sobre las capacidades cognitivas, sensoriales, emocionales y, en general, adaptativas del individuo<sup>4, 5</sup>. Más específicamente, la neuropsicología clínica tiene por objeto de estudio la evaluación del cambio con-

ductual y considera la evaluación neuropsicológica como un proceso complejo, que va más allá de la medida, se relaciona con el diagnóstico y la evaluación de los problemas conductuales asociados con una disfunción cerebral y tiene por objeto el describir las diferentes funciones cognitivas y comprender las causas biológicas y funcionales de las disfunciones para mejorar la intervención y tratamiento<sup>6</sup>.

Aunque en sus inicios la evaluación neuropsicológica se centró principalmente en la identificación de personas que sufrían disfunción cerebral atribuible a algún tipo de patología de tipo neurológico, desde que se constató el déficit cognitivo en algunos trastornos psiquiátricos y su frecuente relación con alteraciones de su estructura y función cerebral, esta modalidad de exploración comenzó a introducirse progresivamente en los métodos de valoración de este grupo de pacientes.

Los primeros estudios sobre evaluación neuropsicológica de pacientes con trastornos mentales, especialmente esquizofrenia, se publicaron en torno a la década de los años 70. Su diseño se fundamentaba principalmente en la comparación del rendimiento cognitivo de grupos de pacientes psiquiátricos con controles sanos y pacientes con daño cerebral, empleando baterías estandarizadas como la Halstead-Reitan y la Luria Nebraska<sup>7</sup>.

A partir de los años 80, la metodología neuropsicológica se difundió más ampliamente en el ámbito de clínicas y hospitales con el empleo de baterías de evaluación más flexibles, orientadas a la valoración de déficits cognitivos más específicos, generalmente asociados con la patología cerebral fronto-temporal en pacientes con trastornos del espectro esquizofrénico<sup>8</sup>.

Durante las dos últimas décadas dos factores han precipitado el cambio de la evaluación neuropsicológica de los trastornos mentales: las técnicas de neuroimagen funcional y la neurociencia cognitiva. El dramático cambio experimentado en el conocimiento teórico del funcionamiento del cerebro y los procesos cognitivos, orientado por sofisticadas teorías cognitivas sobre el funcionamiento cerebral y asistido por tecnologías de neuroimagen estructural y funcional, está generando líneas de investigación cada vez más precisas sobre las características de los déficits cognitivos presentes en los pacientes, así como sus correlatos con variables vinculadas a la evolución de la enfermedad y a indicadores útiles en la planificación del tratamiento: marcadores de subtipos, predictores de curso y marcadores de diagnóstico diferencial<sup>9</sup>.

### 2.2. El déficit cognitivo en el trastorno mental grave

Entendemos como trastorno mental grave las enfermedades psiquiátricas que ocasionan una discapacidad persis-

tente y que son por ello objeto preferente de intervención en rehabilitación psicosocial. La enfermedad más importante de este grupo, por su prevalencia, por la discapacidad que genera, por la edad juvenil en que se manifiesta y por su tendencia a la cronicidad, es la esquizofrenia y los trastornos relacionados. Otras entidades que también pueden incluirse bajo el concepto de trastorno mental grave son el trastorno bipolar de evolución desfavorable, el trastorno límite de la personalidad o los trastornos duales (aquellos en los que a los anteriores diagnósticos se asocian problemas derivados del consumo de alcohol o drogas).

En muchos trastornos psiquiátricos se ha demostrado la existencia de déficit cognitivos, especialmente en la esquizofrenia, pero también en el trastorno bipolar y en el trastorno límite de la personalidad (para una revisión véase<sup>10</sup>). Las estructuras cerebrales más habitualmente implicadas son las relacionadas con el control de los procesos cognitivos, especialmente los circuitos fronto-subcorticales, y las estructuras en las que se implementa el sistema de memoria explícita, como es el área temporal medial con el sistema hipocámpico.

En la esquizofrenia, el patrón de déficit cognitivo es difuso, con afectación de múltiples funciones, si bien los trastornos de la memoria, del control ejecutivo y de la atención parecen ser los más relevantes<sup>11, 12</sup>. Funciones como el lenguaje o la capacidad visoconstructiva suelen estar relativamente conservadas. En estrecha relación con la disfunción ejecutiva, se han descrito trastornos metacognitivos que inciden negativamente en capacidades clave para la inserción social, como son la cognición social o la pragmática del lenguaje<sup>13</sup>.

La afectación cognitiva difusa se ve reflejada en una disminución del CI total en los enfermos esquizofrénicos y en otros trastornos mentales graves, grupo en el que el CI medio es de 91<sup>14</sup>. Pero los patrones de déficit observados suelen mostrar una gran dispersión, de tal forma que una proporción importante de sujetos pueden rendir en el rango de la normalidad en las pruebas cognitivas y la distribución del rendimiento en pruebas neuropsicológicas pueden no seguir una distribución normal, sino bimodal con un pico de sujetos en el rango de la normalidad cognitiva. Es posible que este grupo de pacientes con rendimiento cognitivo normal corresponda a sujetos con una capacidad premórbida alta que, a pesar del déficit debido a la enfermedad, siguen puntuando en el rango no patológico. Asimismo, la heterogeneidad inherente al trastorno esquizofrénico podía constituir una hipótesis alternativa en la explicación de este fenómeno.

Puesto que en los trastornos psiquiátricos graves se afectan frecuentemente las funciones de control de los procesos cognitivos básicos, como es el control de la atención o el control de la codificación y de la recuperación mnésica, es importante interpretar globalmente los resultados de las pruebas neuropsicológicas, ya que el mal rendimiento de los procesos superiores de control puede ocasionar indirectamente un trastorno de procesos básicos que de suyo no están alterados.

### 2.3. Baterías y protocolos específicos para evaluar el funcionamiento cognitivo en la esquizofrenia

Se han utilizado diversas baterías y protocolos para la evaluación cognitiva integral en la esquizofrenia. No obs-

tante aún no existe un instrumento globalmente aceptado, que esté adaptado y difundido en español, y menos aún como una propuesta específica para la rehabilitación psicosocial. Pero sí que existen instrumentos prometedores en investigación que posiblemente sean de uso clínico en los próximos años, tres de los cuales se mencionan a continuación. Con fines prácticos, en el apartado 3 también proponemos un protocolo que utiliza instrumentos adaptados y disponibles en España.

La Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status (RBANS)<sup>15</sup> determina el estado neuropsicológico en adultos de edades comprendidas entre los 20 y los 89 años. Su aplicación es individual y requiere de aproximadamente 30 minutos. La corrección de la prueba es sencilla. Dispone de dos formas paralelas, lo que permite la reevaluación. Se obtienen puntuaciones en cinco áreas: memoria inmediata, capacidad visoespacial / constructiva, lenguaje, atención y recuerdo demorado. Además se obtiene una puntuación total. La batería se ha utilizado en diversos estudios con muestras de sujetos esquizofrénicos. Se dispone de un estudio piloto en pacientes esquizofrénicos españoles en el que se constataron los elevados niveles de sensibilidad (80%) y especificidad (100%), así como la validez concurrente de la prueba con otros test más amplios<sup>16</sup>. La RBANS es sensible al déficit cognitivo en la esquizofrenia y tiene utilidad como instrumento de cribado en esta población, pero su diseño inicial se efectuó para el diagnóstico de deterioro cognitivo en población anciana y no explora la ejecución motora, la función ejecutiva y la memoria operativa, áreas cognitivas que son importantes en la esquizofrenia.

Como alternativa a la RBANS, se ha diseñado la Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS)<sup>17</sup>. Al igual que la RBANS, se caracteriza por la brevedad en la administración y aplicación, portabilidad, replicabilidad y disponibilidad de formas alternas, y que además explora los dominios cognitivos que han demostrado consistentemente un deterioro en la esquizofrenia y una relación con el pronóstico: memoria verbal, memoria operativa, velocidad motora, atención, funciones ejecutivas y fluidez verbal. Pero, si bien la BACS ha demostrado una buena validez y fiabilidad en el diagnóstico del déficit esquizofrénico, ha sido hasta el momento menos investigada que la RBANS.

Un tercer instrumento a destacar es la iniciativa MATRICS (Measurement And Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia) del «National Institute of Mental Health» de los Estados Unidos. Este proyecto reconoce el papel nuclear que juega el déficit cognitivo en el pronóstico de la esquizofrenia y establece guías de consenso para el desarrollo de ensayos clínicos con nuevos fármacos que mejoren la cognición en la esquizofrenia<sup>18</sup>. Uno de sus primeros objetivos ha sido definir los dominios cognitivos que serán objeto de la intervención. De ellos, los seleccionados por consenso han sido: memoria operativa, atención / vigilancia, aprendizaje y memoria verbales, aprendizaje y memoria visuales, razonamiento y resolución de problemas, velocidad de procesamiento y cognición social<sup>19</sup>.

### 2.4. Perspectivas de futuro

Las pruebas convencionales que se emplean en la evaluación neuropsicológica suelen presentar los siguientes

problemas<sup>20</sup>: pocas pruebas disponen de formas paralelas, lo que favorece un alto efecto de práctica; no permiten la aleatorización de los estímulos; el resultado que se obtiene es el nivel de ejecución pero no su variabilidad; el tiempo de administración suele oscilar entre un minuto y cuatro horas; su aplicación necesita de una persona experta o entrenada en su administración y corrección; y el almacenamiento y análisis de los datos es dificultoso y consume mucho tiempo.

La evaluación informatizada intenta suplir alguna de estas dificultades. Las posibilidades que ofrecen las pruebas de evaluación neuropsicológica aplicadas mediante ordenador están favoreciendo el desarrollo de nuevas baterías como la Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery<sup>21</sup> o la Batería Neuropsicológica Computerizada Sevilla<sup>22</sup>. Son un tipo de pruebas que se caracterizan por presentar infinitas formas alternativas lo que reduce el efecto de práctica y permite el establecimiento de múltiples líneas base, permite la aleatorización de los estímulos, el resultado que se obtiene no es sólo el nivel de ejecución sino también la variabilidad en la ejecución, el tiempo de administración suele oscilar entre un minuto y dos horas, y si bien la interpretación de los datos requiere de un experto, el almacenamiento y análisis de los datos son automáticos así como la administración y corrección.

Es éste un campo de estudio en vías de desarrollo debido a trabajos recientes que sugieren que los test computerizados de tiempos de reacción permiten la detección de cambios cognitivos muy sutiles, el retorno a la ejecución en la línea base y la detección de variabilidad en la ejecución<sup>20</sup>; además de intentar solventar tres de las limitaciones más importantes que presentan como son: el hardware que se necesita para su administración, no sólo el ordenador y el teclado, sino también una pantalla táctil, dificulta su transportabilidad; el elevado coste del ordenador y del software así como la necesidad de expertos en el manejo de la tecnología; y la mayoría de los test administrados de esta forma carecen de suficientes datos normativos y no están validados.

Otro tema de creciente interés en la evaluación neuropsicológica es la evaluación del funcionamiento cognitivo en la vida cotidiana. Los datos indican que en numerosas ocasiones la correlación entre test formales y tareas de la vida cotidiana es baja o nula<sup>23</sup>, por ello surge la necesidad de evaluar este aspecto. Los tests no parecen predecir la ejecución en tareas de la vida cotidiana (puede ser que tenga que ver con que los constructos que subyacen en ambos sean distintos). Con este objetivo se han diseñado pruebas como el «Rivermead Behavioural Memory Test»<sup>24</sup>, que siguen una estructura «convencional» pero empleando estímulos más próximos a la vida cotidiana (por ejemplo, se enseña la foto de una persona, se dice el nombre, y posteriormente tendrá que recordar su nombre cuando se le enseñe la foto).

También recientemente se están aprovechando las ventajas que la tecnología de realidad virtual ofrece a la evaluación del funcionamiento cognitivo en la vida cotidiana. Mediante la simulación de un ambiente en tres dimensiones interactivo, se posibilita hacer una inmersión del paciente en una situación «real» y evaluar su funcionamiento cognitivo. Permite una presentación más consistente y la manipulación de estímulos complejos en los

casos en que se necesita una medida más precisa. En esta línea situamos el trabajo de Rizzo y cols.<sup>25</sup> en el que se diseñó el aula de un colegio virtual para la evaluación y rehabilitación de déficit atencionales, concretamente los específicos en la hiperactividad. La fiabilidad y validez de la medida de la atención mejora gracias a la capacidad de dicha tecnología para presentar tanto estímulos como distractores en un contexto más «real».

Otra aplicación de la realidad virtual es la evaluación del fenómeno alucinatorio. Un grupo de investigadores de la Universidad de Queensland está diseñando un software que simula alucinaciones en tres dimensiones. El objetivo es entender mejor el fenómeno alucinatorio, permitir el «diagnóstico» de alucinaciones y aprovechar su uso para terapia<sup>26</sup>.

### 3. Consideraciones generales sobre la evaluación de las funciones cognitivas

#### 3.1. Variables activas, pasivas y de soporte

La evaluación cognitiva no debe limitarse exclusivamente a analizar el funcionamiento cognitivo pues hay diversos factores que pueden afectarla, lo que obliga también a la evaluación de los mismos. Herrmann y Parenté<sup>27</sup> definen tres tipos de variables que hay que tener en cuenta en la evaluación: activas, pasivas y de soporte.

Las *variables activas* son operaciones cognitivas que pueden ser aprendidas y que afectan al contenido de la información en el sistema cognitivo, esto es, actúan sobre percepciones, pensamientos, imágenes o recuerdos. Sirven como orientación para percibir la información entrante, facilitar el manejo de ésta y controlar el tipo de respuesta y su manifestación. Diferencian entre manipulaciones mentales y las aplicaciones de tendencias mentales. Las *manipulaciones mentales* son procesos mentales que fomentan la codificación de la información, tanto para transferirla a la memoria a largo plazo como para acceder a su recuperación. En este grupo se incluirían las operaciones de focalizar, alternar y sostener la atención, además de estrategias tales como el uso de mnemotécnicos y la creación de imágenes mentales. De esta forma se asegura que la persona centre su atención en la organización del material y/o use estrategias específicas para procesar y retener diferentes tipos de información. Las *aplicaciones de tendencias mentales* hace referencia a estrategias con las que aproximarse a las tareas cognitivas, tales como la resolución de problemas, la toma de decisiones y el aprendizaje de conceptos. Son patrones, más o menos fijos, que la persona aplica a una situación específica. De este modo se asegura que la persona considere toda la información necesaria antes de tomar una decisión crucial.

Mientras que las variables activas afectan directamente al contenido de las representaciones mentales, lo que es aprendido o recordado, las *variables pasivas* afectan a la disposición, inclinación y preparación hacia la tarea. Esto facilita a la persona para procesar la información. Pueden fluctuar a lo largo del día, incluso de una hora a otra, sin que la mayoría de las personas tengan conciencia no sólo de sus fluctuaciones sino de sus efectos, siendo en muchas ocasiones fundamental el efecto que éstas tienen en el fun-



cionamiento cognitivo. Hay de dos tipos: las *fisiológicas*, que incluyen tanto la condición física (enfermedades, dolor, ritmos circadianos, nutrición, ejercicio, fatiga, relajación...) como el consumo de determinadas sustancias (café, alcohol, medicamentos...); y las *psicológicas*, las cuales engloban los estados emocionales (ansiedad, depresión...), las actitudes (creencias religiosas, estereotipos, actitud hacia el terapeuta...) y la motivación del sujeto.

Estas variables pasivas afectan a la receptividad de la información (por ejemplo, problemas de visión facilitarían la pérdida de información), el manejo que se hace de ésta (si alguien, por ejemplo, se encuentra apático no procesará la información tan rápido como si estuviera alerta) así como la responsividad (por ejemplo, alguien que esté muy medicado no puede pronunciar claramente lo que desea).

Las *variables de soporte* son externas al sujeto y obvian la función cognitiva asumiendo su función. Existen tres tipos: las *prótesis* son ayudas, electrónicas o no, que facilitan a la persona a manejarse en situaciones que requieren de un buen funcionamiento cognitivo. Ejemplo de prótesis serían las agendas de teléfonos, que suplirían a la memoria. El *ambiente físico* consiste en la modificación del ambiente para favorecer el almacén o recuperación de la información. Ejemplos de la modificación del ambiente físico serían la organización del espacio y la utilización de claves ambientales, tales como poner el dibujo de un cuchillo en el cajón en el que se guardan los cuchillos. El *ambiente social* es la utilización de la red social del sujeto. Por ejemplo, consistiría en que algún familiar le recuerde a la persona las reuniones a las que debe acudir.

La efectividad del funcionamiento cognitivo va a depender, en última instancia, de la calidad de la interacción de estos tres tipos de variables, por lo que debemos tenerlas en cuenta no sólo al diseñar la evaluación sino también al planificar un programa de rehabilitación cognitiva, puesto que van a estar influyendo en su efectividad.

### 3.2. Evaluación integrada en el proceso rehabilitador: objetivos y prerrequisitos

La rehabilitación cognitiva, integrada con la rehabilitación psicosocial, es un proceso terapéutico cuyo objetivo es el de incrementar o mejorar la capacidad del individuo para procesar y usar la información entrante, así como permitir un funcionamiento adecuado en la vida cotidiana<sup>28</sup>.<sup>29</sup> Este proceso se debe iniciar con una evaluación que permita no sólo la detección del déficit cognitivo que se deberá mejorar sino también contribuir a la elaboración de la intervención.

La evaluación va a aportar información para determinar el nivel de funcionamiento cognitivo. Con esta información se planifica la intervención inicial, cuyo principio básico es el emparejamiento entre las demandas de las tareas y el funcionamiento cognitivo.

La evaluación de variables activas nos ofrece datos sobre las áreas cognitivas alteradas, las cuales serán el objetivo de la rehabilitación, y las áreas que permanecen intactas, en las que se apoyará la intervención. El objetivo inicial de la rehabilitación cognitiva es la recuperación de la función, esto se hará interviniendo en la función alteradas; para ello se van a emplear técnicas que requieren que determinadas

funciones estén intactas. Por ejemplo, si una persona presenta problemas de atención dividida y utilizamos como intervención un entrenamiento con autoinstrucciones, que requieren de un buen funcionamiento de las funciones ejecutivas, debemos asegurarnos en la evaluación inicial del paciente que tiene un rendimiento aceptable en las pruebas que evalúan funciones ejecutivas.

Cuando no se puede recuperar una función, el objetivo de la rehabilitación cognitiva es que otra función la sustituya. Por ejemplo, en el caso anterior, una tarea que requiera atención dividida puede ser ejecutada por una rápida alternancia de la atención, por lo que necesitamos saber, cuando hicimos la evaluación, si la atención alterante está preservada.

El tercer nivel de la rehabilitación sería compensar la función, por lo que necesitaremos datos sobre variables de soporte, pues en el caso de que el paciente no las use deberemos de enseñarle las que le pueden ser útiles.

Las metas a corto plazo de la intervención se establecen en función de la ejecución del sujeto, mientras que las metas a largo plazo se establecen prediciendo los posibles cambios en su ejecución. Esto significa que debemos observar y evaluar el rendimiento del paciente en el entrenamiento para ir ajustando el mismo. Por ello, las intervenciones son individualizadas. Puede ocurrir que se inicie una intervención y no se obtengan resultados satisfactorios. No es necesario actuar por ensayo y error sino que los datos de la evaluación inicial pueden orientarnos sobre la intervención más adecuada. Por ello, si está previsto hacer rehabilitación cognitiva con el paciente, es importante hacer una evaluación dinámica, donde se evalúe el potencial de aprendizaje. Por ejemplo, cuando una tarea de aprendizaje se aplica varias veces seguidas, si necesita menos de cinco ensayos para mejorar el rendimiento existe un potencial de mejora con el entrenamiento, más de cinco ensayos implica que se puede esperar cierta mejoría pero que será lenta, y más de diez ensayos aconsejan no realizar el entrenamiento dado que no se conseguirá ninguna mejoría, sólo frustración.

En el caso de los trastornos mentales, el enfoque de evaluación neuropsicológica orientada a la detección de un déficit cognitivo y su asociación a la hipotética disfunción de una determinada localización cerebral, carece de base teórica suficientemente constatada y resulta de escasa utilidad para las decisiones relativas al tratamiento. Teniendo en cuenta las características del déficit cognitivo observado en una notable proporción de pacientes, pensamos que la evaluación neuropsicológica debería contextualizarse en una enfoque eminentemente pragmático y dirigirse principalmente a tres objetivos:

- Servir como herramienta de apoyo para investigar el diagnóstico diferencial (por ejemplo: demencia versus trastorno depresivo; identificación de subtipos de esquizofrenia, etc.).
- Proporcionar datos relevantes para la formulación de hipótesis pronósticas sobre curso de la enfermedad.
- Ayudar en la planificación del tratamiento, tanto a nivel psicofarmacológico como psicosocial.

Asimismo, los procedimientos de evaluación cognitiva en el ámbito de la rehabilitación psicosocial deberían seguir una serie de principios generales en su desarrollo, que resumimos a continuación:

- Una norma fundamental a tener en cuenta es que el proceso de evaluación debe siempre adaptarse a las características particulares de cada paciente, teniendo en cuenta sus necesidades, habilidades y limitaciones.
- En la elaboración de un programa integrado de rehabilitación psicosocial, resulta necesario partir de una evaluación de las funciones cognitivas que aporte información no sólo de las áreas alteradas, sino también de las que se mantienen conservadas. De este modo obtendremos información sobre los déficits que serán objetivo de nuestra intervención y de las capacidades y estrategias que utiliza el paciente, para la planificación del tratamiento<sup>30</sup>.
- En el proceso de evaluación es recomendable utilizar pruebas cuantitativas adecuadamente estandarizadas y a la vez tener también en cuenta la información cualitativa obtenida por otras fuentes, para poder valorar de modo fiable y válido la evolución de la intervención y establecer hipótesis pronósticas sobre el proceso de rehabilitación.
- Resulta importante estimar el funcionamiento premórbido del paciente en la ejecución de las pruebas y el efecto de factores potencialmente distorsionadores de los resultados, cómo es el caso de un nivel pobre de esfuerzo cognitivo relacionado con ausencia de motivación<sup>31</sup> y la influencia de la medicación.
- Finalmente, otro aspecto a considerar es la denominada «validez ecológica» de las pruebas administradas, o la capacidad del instrumento para predecir de modo acertado el funcionamiento cognitivo del paciente en actividades de su vida cotidiana.

La evaluación neuropsicológica se realizará en un lugar libre de distracciones y en un contexto de confianza, motivación y tranquilidad. Habitualmente la exploración requerirá de varias sesiones, preferentemente con una duración menor de dos horas para evitar la fatiga tanto del paciente como del aplicador de las pruebas. Cuando se precisen varias sesiones de exploración, serán en días consecutivos o poco distanciados para controlar la influencia posibles de variaciones en el estado clínico. Se verificará que no existen problemas visuales, especialmente en pacientes en los que recientemente se ha instaurado tratamiento con fármacos con efecto anticolinérgico, que podrían ocasionar visión borrosa por trastornos de la acomodación visual. Se verificará que no existen problemas auditivos, especialmente en personas mayores en las que una mala comprensión verbal podría deberse a una hipoacusia, una afasia sensorial, o a ambas.

La motivación es una variable importante a controlar, ya que un incremento de la misma se asocia con una mejoría relevante del rendimiento cognitivo. Controlando el efecto del esfuerzo sobre el rendimiento neuropsicológico en sujetos esquizofrénicos, se ha visto que éste explica al menos la tercera parte de la varianza<sup>31</sup>. Por ello, se reforzará discretamente al paciente para que se esfuerce en la ejecución de las pruebas, si bien no debe olvidarse que el fracaso en las tareas que requieren esfuerzo puede ser un elemento intrínseco del déficit cognitivo asociado a una disfunción ejecutiva en enfermos esquizofrénicos con síntomas negativos o en enfermos depresivos.

La evaluación neuropsicológica se realizará preferentemente en un estado de estabilización sintomatológica. La

ideación delirante puede dar lugar a conductas de negativismo. Las alucinaciones auditivas frecuentes, o la sintomatología maniaca, pueden disminuir el rendimiento en tareas que requieran atención sostenida. El estrés y la ansiedad intensa pueden disminuir la capacidad de planificación ejecutiva y la memoria. En estos casos es mejor posponer la evaluación hasta que el estado clínico permita estimar el máximo rendimiento de que es capaz el paciente.

El tratamiento psicofarmacológico modifica el rendimiento cognitivo. En un estudio de metaanálisis<sup>32</sup> los antipsicóticos atípicos mostraron un moderado efecto beneficioso respecto a los antipsicóticos clásicos en la capacidad cognitiva global, aprendizaje, habilidad motora, velocidad de procesamiento y fluidez verbal. En las áreas de atención, memoria, pensamiento abstracto, flexibilidad cognitiva y procesamiento visuoespacial no se encontraron diferencias significativas entre los antipsicóticos clásicos y los atípicos. El tratamiento psicofarmacológico también puede ocasionar efectos cognitivos perjudiciales. La instauración reciente de tratamiento con benzodiazepinas, especialmente si se asocian a fármacos con efecto antihistamínico, puede ocasionar sedación y mal rendimiento en tareas de vigilancia. La acatisia inducida por antipsicóticos dificulta la ejecución de tareas que requieren esfuerzo cognitivo y atención sostenida. El parkinsonismo inducido por antipsicóticos se asocia directamente con déficits en el aprendizaje procedimental<sup>33</sup>, efecto probablemente mediado por el bloqueo de receptores D<sub>2</sub> en el estriado. Este efecto es relevante ya que el aprendizaje implícito es importante en la aplicación de técnicas rehabilitadoras<sup>34</sup> al ser una capacidad que se mantiene íntegra en la esquizofrenia<sup>35</sup>. Si existe extrapiramidismo farmacológico, que asocia un deterioro en el aprendizaje procedimental, podría verse mermada la eficacia de la rehabilitación. Por ello, en pacientes tratados con antipsicóticos es recomendable complementar el estudio neuropsicológico aplicando una escala de valoración de síntomas extrapiramidales, como es la escala de Simpson – Angus<sup>36</sup>, para descartar la existencia de parkinsonismo que pudiera asociarse con déficits en el aprendizaje implícito y con enlentecimiento cognitivo y motor.

Por otro lado, el consumo de drogas también disminuye el rendimiento cognitivo, efecto que puede persistir incluso varios meses después de la abstinencia. El consumo de alcohol se asocia con déficits de memoria y con disfunción ejecutiva. Las drogas de diseño, la cocaína y otros psicoestimulantes pueden disminuir el rendimiento en tareas de atención y de memoria. El cannabis puede ocasionar déficits de atención y secundariamente de memoria, así como trastornos en el procesamiento visuoespacial y desorganización del lenguaje durante la intoxicación. Los opiáceos pueden producir también trastornos cognitivos diversos, debidos principalmente a la patología neuropsiquiátrica que suele ser comórbida.

### 3.3. Anamnesis neuropsicológica y observación.

La evaluación conlleva un proceso a lo largo del cual ha de recogerse información mediante test, técnicas y procedimientos de evaluación. Es por ello que posee un impor-

tante componente tecnológico, fundamentalmente por lo que se refiere a la debida selección y aplicación de las herramientas de evaluación más idóneas en cada caso<sup>37</sup>.

Es importante señalar que este proceso es algo que el evaluador debe de ir construyendo en función de los datos que se van analizando y los objetivos a conseguir. Es decir, «uno debe elegir las pruebas y no que las pruebas le elijan a uno». Tener un conjunto de pruebas no significa tener que aplicarlas todas sino que se deben aplicar conforme a unos objetivos, buscando algo específico y en función de los datos que se encuentren, buscar pruebas que aporten la información que se está buscando.

Los datos normativos de un test dan información de la ejecución de la prueba por un grupo normativo, el cual está formado por individuos sanos con características demográficas relativamente homogéneas. Estas referencias normativas del grupo son consideradas como los estándar, es decir, aquello con lo que la ejecución de la persona va a ser comparado y contrastado. Sin embargo, aunque los datos normativos son un punto de inicio crítico para interpretar el proceso, no aportan la única base para interpretar la puntuación de los test. Los datos de los test no son suficientes para hacer un juicio clínico sobre el funcionamiento cognitivo del paciente. En la interpretación de los datos debe tenerse en cuenta la observación cualitativa, es decir, cómo se ejecuta la prueba, la historia del paciente, las circunstancias presentes, motivación, actitudes y las expectativas con respecto a él mismo y al examinador<sup>6</sup>; en definitiva, incluir información no sólo de las variables activas sino también de las pasivas y de soporte.

En todo momento la observación es una herramienta fundamental que nos permite conocer el funcionamiento cognitivo del paciente. Teniendo en cuenta los mecanismos cognitivos que se ponen en marcha en las pruebas de evaluación empleadas, también los podemos ver reflejados en el funcionamiento de la vida cotidiana. De esta forma, una determinada queja puede ser el reflejo de una alteración cognitiva. Veamos algún ejemplo:

- Comentarios tales como «me pierdo» o «no llego a las citas» pueden indicar problemas de orientación.
- Alteraciones en atención selectiva pueden manifestarse como: «no me digas tantas cosas», «sólo puedo hacer una cosa cada vez», «no sé cuál me gusta más», «son muchas cintas», etc...
- Si hay problemas en atención sostenida posiblemente la persona verbalice cosas del tipo «no pude ver toda la película» o «me cansé y me salí fuera».
- Cuando la persona dice «no sé» reiteradamente debemos descartar problemas de comprensión.
- Frases como «se me olvidó», «no me acuerdo» pueden ser debidos a problemas de la memoria a corto plazo, y «apúntame qué tengo que hacer mañana» a problemas de memoria prospectiva.

Cuando se aplica una prueba existe otra información que paralelamente debemos de obtener con la observación, y es la forma en la que la persona hace las tareas: debemos conocer la forma en la que la persona ejecuta la prueba (si lo hace deprisa o despacio, si comete errores, si se ayuda con el dedo, si retrocede constantemente...) y los pensamientos automáticos, refuerzos, y toda aquella verbalización que nos pueden hacer comprender lo que dirige su

ejecución y las consecuencias que esto puede tener (por ejemplo, verbalizaciones negativas sobre si mismo por un fracaso en la prueba que le bloqueen para seguir con la tarea). Estos elementos generalmente no quedan reflejados en la puntuación final que la prueba da, por lo que es importante prestarles especial atención.

### 3.4. Uso de pruebas neuropsicológicas

Un test neuropsicológico, como cualquier otro tipo de prueba psicológica, es un procedimiento estandarizado para obtener una muestra de comportamiento de un área específica. La estandarización consiste básicamente en un proceso de transformación de las puntuaciones observadas (directas) en otras que permitan comparar al sujeto evaluado en relación con un grupo de referencia establecido. Por tanto, estos instrumentos nos aportan la posibilidad de hacer comparaciones replicables, objetivas y cuantificables de una muestra de conducta de un sujeto concreto respecto a su grupo normativo. Sin embargo, su debilidad estriba en que las observaciones se restringen a los comportamientos que ocurren en una situación relativamente puntual y artificial. Las pruebas neuropsicológicas tradicionalmente se han clasificado en base a dos criterios<sup>5</sup>: composición de las pruebas y proceso de la evaluación.

#### En función de la composición de las pruebas empleadas se distinguen:

1. *Baterías fijas*: elaboradas con un conjunto prefijado de pruebas para una evaluación comprensiva y general de las funciones cognitivas, por ejemplo la escala de inteligencia de Wechsler para adultos – III<sup>38</sup>.
2. *Batería flexibles*: en este caso, el clínico escoge diversas pruebas estandarizadas según las características concretas del caso a evaluar y a su adherencia a un modelo conceptual de las relaciones cerebro-conducta.

#### Atendiendo al proceso de evaluación, se diferencian tres modelos:

1. *Cuantitativo / normativo*: este enfoque fundamenta el proceso de evaluación en la interpretación de los resultados de las pruebas estandarizadas en términos de índices psicométricos comparativos del sujeto respecto al grupo normativo.
2. *Cualitativo*: Se basa en la observación minuciosa y sistematizada de la ejecución de las pruebas (no necesariamente normativizadas), seguida de la interpretación del clínico en base a sus conocimientos del modelo neuropsicológico de la condición disfuncional (un modelo paradigmático es la exploración neuropsicológica de Luria)<sup>39</sup>.
3. *Modelo ecléctico*: Es el más seguido actualmente por los neuropsicólogos, comparte características mixtas de los anteriores.

En el proceso de evaluación con pruebas neuropsicológicas podemos distinguir tres etapas: la selección de las pruebas neuropsicológicas, su administración y su corrección e interpretación<sup>6</sup>.

- *Selección de pruebas*: las técnicas a emplear en la evaluación, vendrán determinadas por los objetivos del examen, las características del paciente y su alteración. Por tanto, en esta fase debemos tener en cuenta la información obtenida por otras fuentes alternativas: historia clínica, entrevista y observaciones comportamentales. Es también conveniente comenzar la exploración con una prueba de cribado como el Mini Examen Cognitivo<sup>40</sup> para poder elaborar una hipótesis de trabajo inicial y tomar decisiones sobre los test a incluir en nuestro estudio. En la medida de lo posible se emplearán pruebas estandarizadas, con validez y fiabilidad contrastadas, que sean sensibles y específicas al trastorno a evaluar, con formas paralelas (para controlar el efecto de la práctica) y finalmente, también debemos tener en cuenta el tiempo disponible para el examen. Las áreas cognitivas a incluir habitualmente en la evaluación son: atención; capacidades visoperceptivas/visomotoras; memoria y aprendizaje; función verbal; función ejecutiva y valoración del estado emocional.
- *Administración*: en la aplicación de las pruebas hay que seguir el procedimiento estandarizado del manual del test, establecer un buen «rapport» con el paciente, minimizar los factores ambientales distorsionadores y distractores, vigilar su motivación y estado de alerta y hacer pausas cuando sea necesario para maximizar el nivel potencial de ejecución en las pruebas.
- *Interpretación de los resultados*: En esta última etapa procederemos a integrar los datos obtenidos por medio de la entrevista, la observación y la historia clínica

con los resultados obtenidos en los test. También hay que tener en consideración la influencia de otras variables del entorno como son: estado sensoriomotor, estado de alerta, fatigabilidad, medicación y posible uso de alcohol y drogas. Es importante combinar la información cuantitativa aportada por las puntuaciones estandarizadas de las pruebas con los datos clínicos obtenidos mediante la observación a lo largo del proceso de evaluación. Por último, en este proceso es recomendable guiarnos de un modelo de organización cerebral funcional, que también servirá de esquema o guía en la planificación de la intervención terapéutica ulterior.

#### 4. Propuesta de un protocolo de evaluación de las funciones cognitivas en rehabilitación psicosocial: Atención – Memoria – Ejecución (PAME).

##### 4.1. Estructura y aplicación del PAME.

En este apartado se propone un protocolo de evaluación de las funciones cognitivas que sea de utilidad en rehabilitación psicosocial. Se han incluido instrumentos de evaluación que sean fácilmente accesibles en España, que estén baremados en nuestra población y que evalúen funciones cognitivas relevantes en rehabilitación psicosocial. Para las distintas pruebas se propone una aplicación modular, buscando un consumo de tiempo eficiente y evitando un excesivo solapamiento en la evaluación de funciones. Puesto que se incide en la evaluación de la Atención, Memoria y Ejecución, el protocolo se ha denominado con el acrónimo PAME (ver Tabla 1).

TABLA 1. Protocolo Atención – Memoria – Ejecución (PAME)

NIVEL	FUNCIONAMIENTO COGNITIVO GENERAL	ATENCIÓN / VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO	MEMORIA	EJECUCIÓN	MATERIAL	TIEMPO (aplicación y corrección)	USO RECOMENDABLE
I	– MMSE	– Test de cancelación (Toulouse-Piéron)		– Fluidez verbal categorial	Lápiz, papel, cronómetro	20 minutos Baremo español	Todos, incluido las consultas de las Unidades de Salud Mental. Fácil interpretación, incluso por profesionales sin formación específica en neuropsicología. Se puede hacer incluso en las revisiones ordinarias, sin cita previa para realizar test.
II		– CI velocidad de procesamiento WAIS- III	– TAVEC – Figura Compleja de Rey (memoria)	– CI memoria de trabajo WAIS- III – Stroop	Lápiz, papel, cronómetro	1 hora Baremo español	Dispositivos de rehabilitación psicosocial, junto al nivel I. Requiere experiencia para su aplicación e interpretación.
III	– WAIS-III (CI total)	– CTP		– WCST	Material específico	2 – 4 horas	Profundización en las diversas áreas cognitivas, ya sea con objetivos clínicos o de investigación. Nivel aplicable total o parcialmente.



Las filas del esquema se refieren a los distintos niveles de exhaustividad de la exploración, según el tiempo disponible, la necesidad de potencia diagnóstica y la experiencia en evaluación neuropsicológica del evaluador. Los niveles I y II pueden aplicarse con facilidad y con poco gasto de tiempo en cualquier dispositivo asistencial. El nivel III complementa a los anteriores cuando se necesite una exploración más completa de las distintas funciones, ya sea con fines asistenciales o de investigación. En las columnas se detallan las funciones con las que se relaciona principalmente cada prueba, así como algunos comentarios prácticos sobre su aplicación. Se han seleccionado pruebas de atención, memoria y función ejecutiva pues éstas son las funciones que han demostrado mayor capacidad pronóstica para la inserción laboral y psicosocial.

La primera columna de la tabla recoge dos pruebas de funcionamiento cognitivo general. El MMSE (adaptación española: Examen Cognoscitivo Mini-Mental<sup>40</sup>) se ha incluido en el nivel I como prueba de cribado de deterioro cognitivo no asociado a la enfermedad mental. Los enfermos esquizofrénicos, y en general en el trastorno mental grave, la puntuación en el MMSE suele ser normal, pero para interpretar el resto de las pruebas se requiere descartar indicios de deterioro de otras causas. En el nivel III se incluye la puntuación total del WAIS-III<sup>38</sup> como índice global del funcionamiento cognitivo por ser el CI un importante predictor pronóstico, de tal manera que un nivel de funcionamiento intelectual más elevado predice una mejor respuesta a la rehabilitación cognitiva<sup>41</sup>.

#### 4.2. Módulo I: Atención

La atención comprende capacidades y procesos diversos que permiten la recepción selectiva de estímulos. Se distinguen diversos aspectos de la atención, según los distintos canales sensoriales, según se trate de una activación sostenida o focalizada de la predisposición perceptiva, o bien atendiendo a otros criterios. La atención es una capacidad cognitiva nuclear que interviene en otras funciones, como son la codificación de la memoria, la memoria operativa, el procesamiento cognitivo, la ejecución y, de forma general, la consciencia. Por ello, para emitir un juicio clínico sobre el estado de muy diversas áreas cognitivas es necesario conocer el estado atencional del sujeto.

Los trastornos de la atención se han propuesto como modelo psicopatológico desde hace décadas. Un ejemplo son los modelos de esquizofrenia que suponen una insuficiencia del sistema atencional supervisor<sup>42</sup>. Además, la mejora de la atención ha sido un objetivo preferente en los estudios de rehabilitación cognitiva, y algunos programas como el «Attention Process Training» han mostrado efectos de generalización beneficiosos en la esquizofrenia, de tal manera que la rehabilitación de la atención podría mejorar el rendimiento de la función ejecutiva<sup>43</sup>. La atención es, por ello, una función cognitiva diana de la evaluación en rehabilitación psicosocial.

Como instrumento inicial para evaluar la atención proponemos una prueba de cancelación, el test de Toulouse-Piéron<sup>44</sup>, que es de rápida aplicación y corrección y que puede servir como cribado para valorar trastornos de la atención sostenida. La prueba consiste en el tachado de pequeños cuadrados iguales a los de un mode-

lo y su ejecución requiere de una buena percepción visual, además de una adecuada resistencia al esfuerzo cognitivo.

En el Nivel II se recomienda el CI de velocidad de proceso del WAIS-III<sup>38</sup>, que está compuesto por dos test: clave de números – codificación (emparejar números y símbolos en un determinado tiempo según unas claves dadas) y búsqueda de símbolos (decidir si un símbolo clave aparece en un grupo de búsqueda). Este índice, además de atención requiere de la participación de la memoria de trabajo y de coordinación viso-motora. Una escasa motivación o la bradifrenia de origen subcortical debida a parkinsonismo pueden ocasionar un mal rendimiento en velocidad de proceso. El test de clave de números ha sido ampliamente utilizado en la evaluación de la esquizofrenia y forma parte de muchas baterías neuropsicológicas. La escala clave de números-aprendizaje incidental puede aplicarse también para evaluar la capacidad de aprendizaje implícito. Clave de números-copia puede utilizarse para medir la velocidad de ejecución con respuesta motora, que se usará como variable de control de otras pruebas que requieran respuesta motora.

En el nivel III se puede aplicar el Continuous Performance Test o CPT (test de ejecución continua)<sup>45</sup>. El CPT es una de las pruebas más utilizadas como marcador de vulnerabilidad a la esquizofrenia, tanto en pacientes como en familiares y es también ampliamente utilizado en investigación sobre el trastorno por déficit de atención. Existen diversas versiones, que se aplican por ordenador, si bien la tarea básica consiste en pulsar una tecla cuando aparece en la pantalla el estímulo crítico (por ejemplo la letra X) y no pulsar cuando aparecen estímulos no críticos que actúan como «ruido» (otras letras). Los estímulos críticos se intercalan aleatoriamente entre los no críticos, con un porcentaje del 10 al 25% de estímulos críticos. Se codifican el número de aciertos, de errores por omisión y de errores por comisión con lo cual se pueden calcular dos parámetros según la teoría de detección de señales: detectabilidad ( $d'$ ) y estilo de respuesta ( $\beta$ ). El CPT es una prueba de atención sostenida. Un bajo rendimiento, especialmente en el parámetro  $d'$ , se ha propuesto como marcador de vulnerabilidad a la esquizofrenia.

#### 4.3. Módulo II: Memoria

La memoria es una función cognitiva que incluye la codificación, el almacenamiento y el recuerdo de la información, y tiene muchos componentes interrelacionados con otras áreas funcionales como la atención y la función ejecutiva. Podemos diferenciar la memoria a corto plazo, dentro de la que se incluye el modelo de «memoria de trabajo»<sup>46</sup> y la memoria a largo plazo, que a su vez se organiza en varios subsistemas.

En la revisión con metaanálisis realizada por Zakzanis<sup>47</sup> el área de funcionamiento cognitivo que mostró mayor grado de déficit en pacientes con esquizofrenia, en comparación con otras funciones cognitivas, fue precisamente la memoria a largo plazo. El déficit en la memoria a largo plazo en los pacientes esquizofrénicos presenta diferencias en su gravedad. La memoria declarativa, que es aquella que requiere un esfuerzo consciente en su ejecución, suele presentar un notable grado de deterioro en este grupo de pacientes. Sin embargo, la denominada memoria procedi-

mental, que es un tipo de memoria de carácter automático, no consciente, relacionada con la habilidad para aprender habilidades psicomotoras (por ejemplo, aprender a montar en bicicleta), no suele estar significativamente afectada. Tampoco suelen evidenciarse problemas graves en tareas de reconocimiento y discriminación de listas de palabras o dibujos.

Resulta interesante señalar que los últimos hallazgos en neuropsicología cognitiva apuntan hacia la hipótesis de que las alteraciones en la memoria observadas en los pacientes esquizofrénicos no son debidas a un rápido proceso de olvido, sino a un déficit en la codificación y evocación de la información<sup>48</sup>.

Para valorar la memoria, sugerimos una serie de pruebas relativamente versátiles, pues se trata de «test de papel y lápiz», que pueden ser empleadas en diferentes dispositivos clínico – asistenciales como: centros de salud mental, unidades de hospitalización breve y de media estancia, centros de rehabilitación psicosocial, etc. Su administración, corrección e interpretación debería ser efectuada por profesionales entrenados en este tipo de evaluación. Se trata de pruebas razonablemente breves, que puede completarse en cuarenta minutos aproximadamente. Nuestra propuesta incluye dos instrumentos para su evaluación: el Test de Aprendizaje Verbal España Complutense (TAVEC) y el test de la copia de la figura compleja de Rey.

Evaluaremos el aprendizaje y la memoria auditiva-verbal con el TAVEC<sup>49</sup>. Es una prueba neuropsicológica desarrollada, normativizada y distribuida en España, que está inspirada en el test de aprendizaje verbal de California<sup>50</sup>. Su objetivo es explorar el aprendizaje seriado y el recuerdo lejano en la modalidad verbal, que es un área diana en la valoración del déficit cognitivo en pacientes con trastornos mentales graves, con lesión cerebral o demencia de diversas etiologías. El test se compone de dos listas de palabras que se presentan como unas supuestas listas de compra. El tiempo de administración aproximado es de unos 30 minutos, mediante el siguiente procedimiento:

- Se administran 5 ensayos de aprendizaje de una lista de 16 ítems que contienen cuatro elementos de cuatro categorías conceptuales: frutas, especias, prendas de ropa y herramientas.
- A continuación, se hace un solo ensayo de aprendizaje de una lista de interferencia de características similares a la anterior, pero con diferentes ítems.
- Seguidamente se pide a los pacientes que recuerden la primera lista y recuerden los ítems de cada una de las cuatro categorías conceptuales.
- Después de una pausa de 20 minutos, se pide a los sujetos que recuerden de nuevo la primera lista, recuerden los ítems de cada una de las cuatro categorías conceptuales y que realicen un ensayo de reconocimiento de elección y discriminen las palabras de la primera lista.

Las variables dependientes de la prueba son el número total de palabras aprendidas en las cinco pruebas de aprendizaje, el recuerdo a largo plazo y la prueba de reconocimiento. El método de puntuación aporta información sobre las siguientes variables: total de respuestas correctas, características cualitativas (intrusiones, perseveraciones y estrategias mnésicas empleadas en la ejecución del test),

curvas de aprendizaje, prueba de discriminación y reconocimiento.

La evaluación de la memoria en su vertiente visuoespacial se efectuará mediante el test de la copia de la figura compleja de Rey<sup>51</sup>. Consiste en la reproducción, primeramente en fase de copia y a los 30 minutos de memoria, de una figura sin significado y de complejidad geométrica elevada por su abundante número de detalles. El test permite estimar la capacidad visuoespacial y la memoria visual del paciente. También aporta información sobre sus capacidades de planificación, resolución de problemas y funcionamiento motor. El tiempo de administración aproximado es de 10 minutos. El sistema de puntuación más difundido consiste en dividir la figura en 18 unidades y puntuar cada una separadamente con 0, 0,5, 1 ó 2 puntos en base a la exactitud y la ubicación de los detalles del dibujo. La puntuación máxima posible es de 36 puntos.

#### 4.4. Módulo III: Ejecución

Las funciones ejecutivas implican habilidades tales como razonamiento abstracto, formación de conceptos, toma de decisiones y planificación. Weickert y cols.<sup>52</sup> argumentan que los déficit en funciones ejecutivas y atención constituyen las alteraciones cognitivas centrales en la esquizofrenia, y que resultan independientes del nivel intelectual. Muchos pacientes con esquizofrenia muestran signos de una disfunción del lóbulo frontal, incluyendo afecto embotado, dificultad para resolver problemas y pensamiento empobrecido<sup>53</sup>.

Para obtener una idea inicial del funcionamiento ejecutivo (nivel I) se puede emplear una prueba de fluidez verbal categorial<sup>54</sup>, en la que durante un minuto se le pide a la persona que diga todas las palabras que se le ocurran que pertenezcan a una determinada categoría (animales, frutas, utensilios y ropa). Se contabiliza el número de respuestas correctas. El test evalúa la capacidad para mantener un «set» mental, si bien se trata de una prueba compleja desde el punto de vista cognitivo, en la que intervienen procesos lingüísticos, mnésicos y ejecutivos. Es un test de muy fácil y rápida aplicación que no precisa material alguno. Es muy sensible a todo tipo de daño cerebral, afectando precozmente en procesos que condicionan deterioro cognitivo.

Para aportar más información a la obtenida anteriormente (nivel II), la escala de inteligencia de Wechsler para adultos<sup>38</sup> incluye los subtest de aritmética, dígitos y letras y números, los cuales son un indicador del funcionamiento de la memoria de trabajo. Son pruebas en las que la persona debe de escuchar información que se presenta oralmente, mantener y procesar la información así como ejecutar la respuesta correcta, lo que aporta información sobre la memoria a corto plazo, concentración, atención y habilidades aritméticas además de valorar las funciones ejecutivas al ser necesario secuenciación, cambio cognitivo y monitorización de la conducta. Veamos más detalladamente cada uno de los subtest:

- Aritmética: En esta prueba la persona debe de resolver mentalmente una serie de problemas numéricos del tipo: «¿Cuántas horas tardará Susana en andar 24 kilómetros si va a la velocidad de 3 kilómetros por hora?».

- Dígitos: Consta de dos partes: Dígitos en orden directo y dígitos en orden inverso. En ambos casos el examinador lee en voz alta una serie de números. En la parte de dígitos en orden directo la persona debe repetir la secuencia en el mismo orden en que se ha presentado, mientras que en la parte de orden inverso deberá repetir la secuencia de números en orden inverso. Las pruebas se aplican independientes la una de la otra.
- Letras y números: Consiste en la repetición de una combinación de letras y números. Primero se dicen los números en orden ascendente y luego las letras en orden alfabético.

En el nivel II también se propone el test de colores y palabras de Stroop<sup>55</sup>, prueba para cuya evaluación existen numerosas teorías explicativas<sup>56</sup>. Tradicionalmente se ha empleado como una medida de funcionamiento ejecutivo, involucrando inhibición cognitiva y, más específicamente, inhibición de una respuesta sobreaprendida en favor de una inusual<sup>57</sup> junto al mantenimiento del curso de la acción en presencia de la intrusión de otros estímulos. Se considera una prueba sensible para la evaluación de las funciones ejecutivas, especialmente de las dificultades de inhibición en una respuesta automática que presentan algunas personas con lesiones cerebrales prefrontales y pacientes diagnosticados de esquizofrenia. También se considera un indicador del funcionamiento de atención selectiva en tanto en cuanto la tarea requiere que la persona atienda una dimensión del estímulo mientras ignora otras. Para la realización de la prueba se le entregan al sujeto tres láminas en el siguiente orden: en la primera tiene que leer el nombre de colores (rojo, verde y azul) escritos en tinta negra. La segunda está formada por filas de X impresas en colores distintos (rojo, verde y azul). La tercera contiene nombres de colores (rojo, verde y azul) que se presentan impresos en un color distinto al que corresponde a la palabra escrita. Se conceden 45 segundos para la lectura de cada lámina y se codifica el total de aciertos.

Para una evaluación más completa de las funciones ejecutivas (nivel III), recomendamos la aplicación del test de clasificación de tarjetas de Wisconsin (Wisconsin Card Sorting Test: WCST)<sup>58</sup>, una de las medidas neuropsicológicas más aplicadas para explorar el funcionamiento ejecutivo. Es una prueba empleada para evaluar la flexibilidad mental y la habilidad para alternar el «set»<sup>59</sup>, así como es un indicador importante de déficit prefrontal. La ejecución de personas con esquizofrenia es peor que los controles normales y el déficit es resistente al tratamiento neuroléptico<sup>60</sup>. Es una prueba de aplicación individual sin límite de tiempo. Consta de cuatro tarjetas-estímulo y 128 tarjetas-respuesta divididas en dos bloques de 64 cartas. Las tarjetas contienen figuras de varias formas (cruces, círculos, triángulos o estrellas), colores (rojo, azul, amarillo o verde) y número (una, dos, tres o cuatro figuras). Se le dan al sujeto los bloques de cartas, debiendo emparejar cada una de ellas con una de las cuatro cartas objetivo, colocadas en fila frente a él. El sujeto debe descubrir el principio de emparejamiento y, para ello, cada vez que coloque una carta se le dirá si su acción es correcta o incorrecta. Cuando se producen diez emparejamientos correctos consecutivamente se cambia el criterio de clasificación. El

orden seguido en el cambio de criterios es: color, forma, número, color, forma, número. La prueba finaliza cuando la persona completa las seis categorías o cuando se acaban las cartas. En la hoja de codificación se anotan las respuestas dadas por el sujeto, donde se recoge el número de la carta clasificada, la dimensión de clasificación empleada (color, forma, número u otra) y, en el caso de que para esa carta utilice el criterio correcto, el número de respuesta correcta consecutiva. Al ser complejo el sistema de corrección se puede optar por aplicar la prueba en la versión existente para ordenador<sup>61</sup> o aplicarlo manualmente y transcribir las respuestas a la versión de ordenador para su corrección. Los tipos de errores que puede elicitar son diversos, aunque el tipo de respuesta más sensible con respecto a disfunciones del lóbulo frontal son las respuestas perseverativas, que reflejan la dificultad de la persona para cambiar la estrategia empleada.

Una alternativa para la evaluación de síntomas disejecutivos es el uso de la batería BADS, de la que se dispone versión en español<sup>62</sup>. El 47 % de los enfermos esquizofrénicos asocian un síndrome disejecutivo detectado con la batería BADS, el cual tiene un efecto de tamaño 0,8 sobre el síndrome negativo y 0,7 sobre la impresión clínica global. La presencia de síndrome disejecutivo se asocia con un peor pronóstico funcional.

## 5. Interpretación de los datos del PAME para el diseño de la rehabilitación

En función de los déficit encontrados en la evaluación nos marcamos como objetivo de intervención las funciones alteradas. ¿Con qué déficit empezar a trabajar? No existe un criterio fijo sino que para caso será distinto. En ocasiones se debe empezar con aquellas funciones que son necesarias para otras habilidades; en otras el objetivo serán aquellos déficits de los que el paciente tenga más conciencia y en otras serán aquellos que son más graves.

Además de indicarnos la función que hay que rehabilitar, la evaluación aporta información útil para la intervención. Veamos una serie de aspectos que pueden ser de utilidad:

- Debemos diferenciar entre pruebas visuales y auditivas, dado que intervienen dos vías de procesamiento distintas. Es por ello que cuando analizamos cada una de las capacidades evaluadas (atención, memoria o funciones ejecutivas) debemos analizar si el funcionamiento es distinto en las pruebas visuales con respecto a las auditivas. Si encontramos diferencias en, por ejemplo, las pruebas de memoria, de forma que el rendimiento en el TAVEC (prueba auditiva) es bueno mientras que no ocurre lo mismo en la figura compleja de Rey (prueba visual), la información que queremos que el paciente recuerde deberemos presentársela auditivamente en lugar de dársela por escrito. También sabremos que lo que digamos en el entrenamiento será almacenado, lo que permite emplear una intervención donde las instrucciones sean verbales y tengan que ser memorizadas para posteriormente aplicarlo. El trabajo deberá tener un fuerte componente oral.
- Hay entrenamientos que se basan en la administración repetida de las pruebas. La primera parte del



TAVEC nos ayuda a saber si un paciente se puede beneficiar de este tipo de entrenamientos. Cuando analizamos los cinco ensayos de aprendizaje, si no hubo aprendizaje, es decir, un aumento de la cantidad de palabras recordadas correctamente, es mejor no utilizar intervenciones que se basen en la repetición. Es importante analizar cómo es exactamente el rendimiento, porque si la persona en cada ensayo responde sólo con cuatro palabras pero cada vez dice palabras distintas, implica no sólo un almacén de memoria a corto plazo reducido sino también una falta de utilización de estrategias de codificación.

- Si un paciente tiene un buen almacén de memoria, es decir, es capaz de recordar suficiente información, pero no es consistente durante los ensayos, posiblemente el fallo sea debido a un fallo en las estrategias de codificación y/o recuperación de la información. A diferencia del anterior, la capacidad de memoria permite el uso de intervenciones donde se requiere memorización.
- Si una persona no aprende por repetición pero la poca información que retiene la mantiene (por ejemplo, recordar las cuatro mismas palabras en los cinco ensayos de aprendizaje del TAVEC), significa que lo poco que podamos enseñarle lo retendrá, por lo que al menos podemos enseñarle en el manejo de variables de soporte.
- Para saber si podemos entrenar con programas que requieren, por ejemplo, razonamiento abstracto, como ocurre con el entrenamiento con autoinstrucciones, es necesario conocer el rendimiento en el WCST, pues nos dará pistas de qué aspectos están alterados y qué debemos tomar como objetivo de intervención. El rendimiento en el Stroop nos dará pistas sobre el efecto de la interferencia en el manejo que el paciente hará de la información. Si hubiera problemas en esta prueba debemos ser cautos en los entrenamientos que llevemos a cabo con pacientes con alucinaciones y/o delirios, pues las dificultades de inhibición observadas en el Stroop se pueden extrapolar en una dificultad para inhibir respuestas relacionadas con la sintomatología durante el entrenamiento.
- Todo entrenamiento requiere de una atención continuada del paciente. Para saber si esto va a ser posible debemos analizar los datos obtenidos en las pruebas atencionales. Si el rendimiento en la prueba de cancelación es bueno pero no lo es en el CPT, dado que la prueba de cancelación es una tarea en la que es el sujeto quien marca el ritmo de ejecución mientras que en el CPT es la propia tarea quien marca el ritmo, puede ser debido a un problema por la presión de la variable tiempo; de forma que si se respeta el ritmo del sujeto rinde bien pero cuando el ritmo impuesto es más rápido que el suyo tiene fallos. Si el entrenamiento necesita de una cierta inmediatez en la respuesta habrá que entrenar previamente su velocidad de respuesta.
- Cuando hay problemas en las pruebas atencionales debemos analizar en qué momento se producen los

errores. Si los errores se acumulan al principio posiblemente la persona necesite conocer la tarea y habituarse para rendir correctamente; si es al final, posiblemente sea efecto de fatigabilidad, por lo que las sesiones de entrenamiento deberán de ser cortas; cuando están repartidos por la tarea es un patrón más desorganizado. En este caso cobra especial importancia analizar el valor de los tiempos de reacción que aporta el CPT pues nos dará una pista de si el mal rendimiento es debido a problemas perceptivos, de impulsividad o por no prestar atención.

Aunque se ha comentado en apartados anteriores, los datos se deben completar con los de las otras variables. Por ejemplo, si alguien tiene problemas en el TAVEC, hipotetizaríamos que es debido a problemas de memoria. Si tuviéramos la sospecha, por lo observado durante la ejecución de la prueba, que el responsable del bajo rendimiento fuera un problema en atención auditiva, sería adecuado evaluar la atención auditiva\*, pues en función de los resultados el objetivo de la intervención sería la memoria o la atención. Además, funciones como la atención son muy vulnerables a los efectos de las variables pasivas, de forma que cuando se evaluó al paciente podría estar adormilado por un cambio de medicación, y si esto no se tuvo en cuenta el diseño de la intervención se construirá sobre datos erróneos. En la Tabla 2 se resumen las directrices para la interpretación clínica de la evaluación neuropsicológica.

TABLA 2. Interpretación clínica de la evaluación neuropsicológica

- Establecer en qué áreas trabajar y qué funciones se mantienen intactas.
- Analizar las tareas visuales versus tareas auditivas. Presentar la información por la vía sensorial más conservada.
- Si el rendimiento en los cinco ensayos del TAVEC es deficitario no utilizar entrenamientos de rehabilitación cognitiva basados en la práctica repetida.
- Analizar el rendimiento en el TAVEC para determinar si la persona emplea estrategias de codificación.
- Un buen funcionamiento en funciones ejecutivas permite usar entrenamientos del tipo autoinstrucciones y cualquier otro que necesite de la capacidad de abstracción.
- Si hay un mal rendimiento en la tarea de Stroop prestar especial atención en los entrenamientos con pacientes con sintomatología positiva.
- Si la atención sostenida está alterada, hacer las sesiones de entrenamiento más frecuentes y con una menor duración.
- Si se detectan tiempos de reacción lentos entrenar la velocidad de procesamiento.
- Si los errores en las pruebas atencionales se centran al principio, es necesario dejar que el paciente se habitúe a la tarea, si se acumulan al final se debe al cansancio o porque las sesiones de entrenamiento deben ser más cortas, en el caso de que sean aleatorios hay que analizar si son problemas perceptivos, atencionales o por impulsividad.
- Tener en cuenta los tres tipos de variables: activas, pasivas y de soporte.

\* En el capítulo no se explican pruebas de atención auditiva, tales como el CPT auditivo o la escucha dicótica, por no estar baremadas o por no estar disponibles en castellano.



## Bibliografía

1. Gold JM, Goldberg RW, McNary SW, Dixon LB, Lehman AF. Cognitive correlates of job tenure among patients with severe mental illness. *Am J Psychiatry* 2002;159(8):1395-402.
2. Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry* 1996;153(3):321-30.
3. Bellack AS, Gold JM, Buchanan RW. Cognitive rehabilitation for schizophrenia: problems, prospects, and strategies. *Schizophr Bull* 1999;25(2):257-74.
4. León Carrión J. *Manual de Neuropsicología Humana*. Madrid: Siglo XXI; 1995.
5. Vanderploeg R. *Clinician's Guide to Neuropsychological Assessment*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates; 2000.
6. Lezak M. *Neuropsychological Assessment*. 3 ed; 1995.
7. Cuesta M, Peralta V, Zarzuela A. Alteraciones cognitivas: una realidad en el trastorno esquizofrénico. *Anales de Psiquiatría* 1998;14:11-25.
8. Kolb B, Whishaw IQ. Performance of schizophrenic patients on tests sensitive to left or right frontal, temporal, or parietal function in neurological patients. *J Nerv Ment Dis* 1983;171(7):435-43.
9. Keefe R. The contribution of Neuropsychology to Psychiatry. *Am J Psychiatry* 1995;152:1-15.
10. Tabarés-Seisdedos R, Martínez-Arán A, editors. *Trastornos cognitivos en las psicosis*. Madrid: Aula Médica; 2005.
11. Heinrichs RW, Zakzanis KK. Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology* 1998;12(3):426-45.
12. Vargas ML. Posibilidades de rehabilitación neurocognitiva en la esquizofrenia. *Rev Neurol* 2004;38(5):473-82.
13. Brune M. «Theory of mind» in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophr Bull* 2005;31(1):21-42.
14. Mortensen EL, Sorensen HJ, Jensen HH, Reinisch JM, Mednick SA. IQ and mental disorder in young men. *Br J Psychiatry* 2005;187:407-15.
15. Randolph C. Repeatable Battery for the Assessment of Neuropsychological Status. In. San Antonio, TX: Harcourt Assessment, Inc.; 1998.
16. Sanz JC, Vargas ML, Marín JJ. Battery for assessment of neuropsychological status (RBANS) in schizophrenia: a pilot study in the Spanish population. *Acta Neuropsychiatrica* 2009; 21: 18-25.
17. Keefe RS, Goldberg TE, Harvey PD, Gold JM, Poe MP, Coughenour L. The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia: reliability, sensitivity, and comparison with a standard neurocognitive battery. *Schizophr Res* 2004;68(2-3):283-97.
18. Buchanan RW, Davis M, Goff D, Green MF, Keefe RS, Leon AC, et al. A Summary of the FDA-NIMH-MATRICES Workshop on Clinical Trial Design for Neurocognitive Drugs for Schizophrenia. *Schizophr Bull* 2005;31(1):5-19.
19. Green MF, Nuechterlein KH, Gold JM, Barch DM, Cohen J, Essock S, et al. Approaching a consensus cognitive battery for clinical trials in schizophrenia: the NIMH-MATRICES conference to select cognitive domains and test criteria. *Biol Psychiatry* 2004;56(5):301-7.
20. Collie A, Darby D, Maruff P. Computerised cognitive assessment of athletes with sports related head injury. *Br J Sports Med* 2001;35(5):297-302.
21. Sahakian BJ, Morris RG, Evenden JL, Heald A, Levy R, Philpot M, et al. A comparative study of visuospatial memory and learning in Alzheimer-type dementia and Parkinson's disease. *Brain* 1988;111 (Pt 3):695-718.
22. León-Carrión J. *Batería neuropsicológica Sevilla*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.; 1995.
23. Josman N, Katz N. Relationships of categorization on tests and daily tasks in patients with schizophrenia, post-stroke patients and healthy controls. *Psychiatry Res* 2006;141(1):15-28.
24. Wilson BA, Cockburn J, Baddeley AD. *The Rivermead Behavioral Memory Battery*. Bury St. Edmunds: Thames Valley Test Company; 1991.
25. Rizzo AA, Buckwalter JG, Neumann U, Kesselman C, Thiebaut M. Basic issues in the application of virtual reality for the assessment and rehabilitation of cognitive impairments and functional disabilities. *CyberPsychology and Behavior* 1998;1:59-78.
26. Banks J, Ericksson G, Burrage K, Yellowlees P, Ivermee S, Tichon J. Constructing the hallucination of psychosis in Virtual Reality. *Journal of Network and Computer Applications* 2004;27:1-11.
27. Herrmann DJ, Parenté R. A multimodal model approach to cognitive rehabilitation. *NeuroRehabilitation* 1994(4):133-142.
28. Bellack AS. *A clinical guide for the treatment of schizophrenia*. Nueva York: Plenum Press; 1989.
29. Sohlberg MM, Mateer CA. *Cognitive rehabilitation. An integrative neuropsychological approach*. Nueva York: Guildford Press; 2001.
30. Vázquez C, Florit A, López-Luengo B. Rehabilitación cognitiva: principios generales y técnicas de evaluación e intervención. In: Aldáz H, Vázquez C, editors. *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. 1 ed. Madrid: siglo XXI; 1996. p. 265-292.
31. Gorissen M, Sanz JC, Schmand B. Effort and cognition in schizophrenia patients. *Schizophr Res* 2005;78(2-3):199-208.
32. Woodward ND, Purdon SE, Meltzer HY, Zald DH. A meta-analysis of neuropsychological change to clozapine, olanzapine, quetiapine, and risperidone in schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol* 2005;8(3):457-72.
33. Bedard MA, Scherer H, Stip E, Cohen H, Rodriguez JP, Richer F. Procedural learning in schizophrenia: further consideration on the deleterious effect of neuroleptics. *Brain Cogn* 2000;43(1-3):31-9.
34. Liberman RP. Keynote Lecture: Cognitive Remediation in Schizophrenia. In: Asai M, editor. *Comprehensive Treatment of Schizophrenia*. Tokyo: Springer-Verlag; 2002. p. 254-275.
35. Danion JM, Meulemans T, Kauffmann-Muller F, Vermaat H. Intact implicit learning in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2001;158(6):944-8.
36. Simpson GM, Angus JW. A rating scale for extrapyramidal side effects. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1970;212:11-9.
37. Moreno C. *Evaluación psicológica: concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo de la inteligencia*. Madrid: Sanz y Torres; 2005.
38. Wechsler D. *WAIS-III: Escala de inteligencia de Wechsler para adultos – III (adaptación española)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.; 1999.
39. Luria A. *Las funciones psíquicas superiores y su organización cerebral*. 1 ed. Barcelona: Fontanella; 1983.
40. Folstein M, Folstein S, McHugh P, Fanjiang G. *MMSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental (adaptación española)*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.; 2002.
41. Hogarty GE, Flesher S, Ulrich R, Carter M, Greenwald D, Pogue-Geile M, et al. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a 2-year randomized trial on cognition and behavior. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61(9):866-76.
42. Vargas Aragón M, Jimeno Bulnes N. *Esquizofrenia e insuficiencia atencional. Escala ESEA para la evaluación subjetiva de errores atencionales*. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2002.
43. Lopez-Luengo B, Vazquez C. Effects of Attention Process Training on cognitive functioning of schizophrenic patients. *Psychiatry Res* 2003;119(1-2):41-53.
44. Toulouse E, Piéron H. *T.P. Toulouse – Piéron*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.; 1982.
45. Conners K, Staff M. *Conners' CPT II. Continuous Performance Test*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems Inc; 2000.
46. Baddeley AD. *Working Memory*. Oxford: Oxford University Press; 1986.
47. Zakzanis K, Leach L, Kaplan E. *Neuropsychological Differential Diagnosis*. Lisse: Swets & Zeitlinger; 1999.
48. Sharma T, Antonova L. Cognitive function in schizophrenia. Deficits, functional consequences, and future treatment. *Psychiatr Clin North Am* 2003;26(1):25-40.
49. Benedet M, Alexandre M. *Test de aprendizaje verbal España-Complutense TAVEC*. Madrid: TEA Ediciones, SA.; 1998.
50. Delis D, Kramer J, Kaplan E, Ober B. *California Verbal Learning Test*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1987.

51. Rey A. Test de la copia de una figura compleja. Manual. Adaptación española. Madrid: Tea Ediciones, SA.; 1997.
52. Weickert TW, Goldberg TE, Gold JM, Bigelow LB, Egan MF, Weinberger DR. Cognitive impairments in patients with schizophrenia displaying preserved and compromised intellect. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(9):907-13.
53. Weinberger DR, Aloia MS, Goldberg TE, Berman KF. The frontal lobe and schizophrenia. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience* 1994;6:419-427.
54. Mitrushina MN, Boone KB, D'Elia LF. Handbook of normative data for neuropsychological assessment. Nueva York: Oxford University Press; 1999.
55. Golden C. Stroop Test de Colores y Palabras. Madrid: TEA Ediciones, SA; 1994.
56. MacLeod CM. Half a century of research on the Stroop effect: an integrative review. *Psychol Bull* 1991;109(2):163-203.
57. Spreen O, Strauss E. A compendium of neuropsychological test. Nueva York: Oxford University Press; 1998.
58. Heaton RK, Chelune GJ, Talley JL, Kay GG, Curtis G. WCST: Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin. Manual. Madrid: TEA Ediciones, S.A.; 1997.
59. Pantelis C, Barber FZ, Barnes TR, Nelson HE, Owen AM, Robbins TW. Comparison of set-shifting ability in patients with chronic schizophrenia and frontal lobe damage. *Schizophr Res* 1999;37(3):251-70.
60. Meltzer HY. Frontal and non-frontal lobe neuropsychological test performance and clinical symptomatology in schizophrenia. In: Talbot JA, editor. *The year book of psychiatry and applied mental health*. San Louis: Mosby; 1994.
61. Multi-Health Systems. Wisconsin Card Sorting Test. IBM Computer version. Ontario; 1986.
62. Vargas ML, Sanz JC, Marin JJ. Behavioral assessment of the dysexecutive syndrome battery (BADS) in schizophrenia: a pilot study in the Spanish population. *Cogn Behav Neurol* 2009;22(2):95-100.



# Capítulo 9. Evaluación Familiar en Rehabilitación Psicosocial

Rafael Touriño González, Ernesto Baena Ruiz, Natalia Benítez Zarza, Cristina Abelleira Vidal y Jaime A. Fernández Fdez.

## 1. Introducción

Desde el inicio de la desinstitucionalización, y con el actual modelo de atención comunitaria, el papel de la familia haciéndose cargo de los pacientes ha sido fundamental, convirtiéndola en el principal recurso para el cuidado y mantenimiento en la comunidad de las personas con enfermedades mentales crónicas, disminuyendo el uso a largo plazo de los servicios psiquiátricos (Brown y Birtwistle, 1998). Para la vida familiar, asumir esta tarea ha supuesto consecuencias importantes, teniendo en cuenta que la desinstitucionalización no ha conllevado, en la mayoría de los casos, una adecuada provisión de servicios y programas de actuación en la comunidad.

En el proceso de rehabilitación de una persona diagnosticada de esquizofrenia debemos contar con su familia (no se puede rehabilitar en contra de la familia). La creación de un ambiente protector con la estimulación adecuada será uno de nuestros principales objetivos. La familia de una persona con esquizofrenia necesita una organización y unas normas claras. Su cumplimiento permitirá reducir la tensión en la interacción familiar, previniendo la aparición del criticismo y la excesiva estimulación. El establecimiento de una estructura y unos límites claros facilitará el cumplimiento del tratamiento farmacológico y de las actividades de rehabilitación y es la mejor manera de eliminar las conductas violentas y bizarras.

La rehabilitación tiene la doble tarea de mejorar las habilidades de la persona con trastorno mental severo y de intervenir sobre el ambiente. Las intervenciones psicoeducativas con las familias de personas diagnosticadas de esquizofrenia están consideradas como una de las intervenciones psicosociales con más apoyo desde la práctica clínica y la evidencia científica.

## 2. Papel de la familia en el proceso de rehabilitación psicosocial

Familiares y profesionales son expertos en distintas áreas y asumen diferentes responsabilidades. Los familiares conocen la historia de la persona afectada y cual es la situación actual. Saben lo que les ha funcionado y lo que no. Los familiares facilitan el tratamiento, participan en su planificación y crean unas condiciones ambientales óptimas para su rehabilitación y recuperación.

Hay que tener en cuenta y atender las necesidades de las familias, especialmente la carga que supone cuidar y convivir con una persona afectada por un trastorno mental severo. Las actividades de rehabilitación, en general, van a disminuir la carga, porque el paciente pasará menos tiempo con sus

familiares y progresivamente aumentarán sus habilidades, necesitando menos supervisión. Sin embargo, no hay que olvidar la carga que puede suponerles la rehabilitación por las nuevas exigencias que les plantea a la familia: entrevistas con los profesionales, incertidumbre ante los posibles riesgos de las nuevas actividades que realiza el paciente, etc.

La colaboración con la familia será importante en todos los momentos del proceso rehabilitador:

1. *Enganche*
2. *Evaluación*
3. *Planteamiento de objetivos*
4. *Desarrollo de los programas de rehabilitación*
5. *Evaluación de los resultados*

### 1. *Enganche*

La familia va a ser determinante, en muchos casos, en el enganche al proceso de rehabilitación. Los familiares deben comprender que los programas de rehabilitación forman parte importante del tratamiento. Si ellos son capaces de evaluar de forma realista la situación de su familiar, aceptando que está enfermo y que su mejoría requiere de la asistencia a un centro especializado, será más fácil que el paciente también lo acepte, desarrolle «actitudes constructivas» y esté motivado para acudir. En esta colaboración inicial pueden influir temores con respecto a que los programas de rehabilitación puedan sobreestimularlo en un momento en que está estabilizado en su enfermedad. En ocasiones, los familiares pueden considerar que los otros pacientes que asisten al centro están «mucho peor» que su familiar, y que la asistencia va a suponer un retroceso. Pueden ver en otros usuarios del centro de rehabilitación la imagen de «enfermedad» que no quieren aceptar en su caso. A veces existe el temor de que vuelvan a repetirse conductas violentas que se dieron en el pasado, o que en el trayecto al centro el paciente pueda ser víctima de la violencia de otros, o de su propia desorientación. Con frecuencia hay que tener en cuenta la ayuda de la familia para la asistencia inicial al centro: animándole a venir, despertándole a tiempo, acompañándole.

### 2. *Evaluación*

En la evaluación inicial, la información de la familia sobre el ajuste premórbido, síntomas prodrómicos, factores de riesgo, conductas problemáticas, desempeño de roles, etc., será de gran ayuda para el conocimiento del paciente y para la formulación del plan individualizado de rehabilitación.

### 3. *Planteamiento de objetivos*

Aunque el paciente es el protagonista de los programas, y para fijar objetivos hay que tener en cuenta las necesida-



des que expresa, también debemos contar con la opinión de la familia con respecto al rol que es más importante desempeñar dentro de su medio social. Debemos saber qué esperan los familiares del centro de rehabilitación. El conocimiento de su medio familiar y social más inmediato nos ayudará a contextualizar los objetivos, evitando perseguir metas absurdas. La intervención familiar ayudará también a modificar las expectativas, en ocasiones excesivas o apresuradas, y otras, acomodaticias y resistentes al cambio.

#### 4. Desarrollo de los programas de rehabilitación

La intervención familiar se incluye dentro de todo el proyecto rehabilitador. Conseguir un ambiente adecuado a las necesidades de la persona con esquizofrenia también es una tarea de la rehabilitación.

Para el desarrollo de los diferentes programas de rehabilitación también es básica la colaboración de la familia. En ocasiones será conveniente que la familia vaya cambiando actitudes y aceptando una mayor autonomía del paciente. Es necesaria su colaboración para generalizar en el medio familiar y social las conductas y roles aprendidos.

Será importante evitar desconfianzas y rivalidades entre los familiares y el equipo rehabilitador sobre las tareas a realizar. Deben considerarnos y debemos considerarlos como colaboradores en la búsqueda de un objetivo común.

#### 5. Evaluación de los resultados

La opinión de la familia nos ayudará a valorar en qué grado hemos conseguido los objetivos propuestos. Mediante el diálogo abierto y la utilización de entrevistas semiestructuradas incluiremos la opinión de los familiares en la evaluación de resultados.

### 3. Evaluación general de las familias

En el proceso de rehabilitación no podemos olvidar que estamos interviniendo desde el primer momento y que también seguimos evaluando durante la intervención, manteniendo y mejorando la relación con la familia.

Una adecuada conexión y evaluación inicial determinará en buena parte que los objetivos de la intervención con la familia puedan desarrollarse favorablemente.

Como objetivo general nos planteamos favorecer un clima de confianza que permita establecer pactos eficaces para desarrollar un adecuado plan de actuación, utilizando al máximo los recursos y potencialidades familiares para el mejor afrontamiento de la enfermedad, revisando al tiempo las estrategias actuales y todos aquellos aspectos que incidan negativamente en la evolución del paciente y en la dinámica familiar.

#### 3.1. Evaluación familiar a través del genograma y del ciclo vital

Como primer paso de la evaluación del sistema familiar, contamos con dos herramientas muy útiles y ampliamente utilizadas en el campo general de la práctica clínica: el *genograma* y el *ciclo vital*.

##### Genograma

Esta representación gráfica de la constelación familiar proporciona información sobre la estructura de la familia, los problemas y los conflictos de ésta, pero también sobre los posibles apoyos y la red familiar con la que cuenta el paciente, por lo que resulta muy útil a la hora de planificar la rehabilitación de esa persona.

Elaborar un genograma supone tres niveles, tal como indican McGoldrick y Gerson, 1987 (ver Tabla 9.1).

Aunque el grueso del genograma se suele realizar en las primeras entrevistas, se puede ir completando a medida que vayamos teniendo más información sobre la familia o vayan surgiendo cambios relevantes.

El genograma ayuda al terapeuta a rastrear el flujo de ansiedad a través de las generaciones y del contexto familiar actual y nos ayuda a comprender e integrar las dificultades de la familia, cuando tienen que asumir el estrés impredecible que supone la aparición de un trastorno mental grave en un familiar.

##### Ciclo vital

El ciclo vital de la familia es un modelo teórico que nos permite conocer la etapa que en ese momento le corres-

TABLA 9.1. Niveles de un genograma, según McGoldrick y Gerson, 1987

NIVELES	Descripción
1. Trazado estructura familiar	Base del genograma. Consiste en la descripción gráfica de cómo diferentes miembros de una familia están biológica, afectiva y legalmente ligados entre sí de una generación a otra. Este trazado es la construcción de figuras que representan personas y líneas que describen sus relaciones.
2. Registro de información sobre la familia	Incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información demográfica (edades, fechas de nacimiento y fallecimiento, ocupaciones y nivel cultural).</li> <li>• Información sobre el funcionamiento de cada familiar en distintos ámbitos (comportamental, emocional,..)</li> <li>• Sucesos familiares críticos, entre los que se incluiría el desencadenamiento del trastorno mental de uno o varios de sus miembros.</li> </ul>
3. Registro relaciones familiares	Trazado de las relaciones entre los miembros de una familia, recogidas a través de la información de la familia pero también de la observación directa. Se utilizan distintos tipos de líneas para simbolizar los diferentes tipos de relaciones entre dos miembros de la familia.

ponderaría atravesar a la familia que estamos evaluando, cuáles son sus tareas evolutivas y las posibles dificultades que puedan surgir relacionadas con ellas.

Las diferentes etapas están señaladas por acontecimientos significativos (Scabini, 1985):

- nacimiento y muerte,
- inclusión-exclusión de miembros,
- unión-separación

Existen diferentes clasificaciones, por ejemplo la propuesta por Carter y McGoldrick (1980), que propone 6 fases del ciclo evolutivo familiar, con sus respectivas tareas evolutivas (ver Tabla 9.2).

Cada fase, supone, pues, que la familia se enfrente a unas determinadas tareas evolutivas, ya sea por requerimiento interno de sus miembros o por exigencias externas del contexto sociocultural en la que está incluida, de tal forma que sea posible la transición de una a otra.

En el caso de una familia en el que uno de sus miembros presenta un trastorno mental crónico, además de asumir las

tareas habituales de cada fase, los familiares deben asumir nuevas tareas y abandonar o posponer otras que son propias de la etapa del ciclo vital por la que están pasando, lo que puede advertirnos sobre los problemas que pueden surgir en el medio familiar y guiarnos en nuestra posterior intervención.

Cuando aparecen los primeros síntomas de la esquizofrenia, en la adolescencia tardía o adultez joven, el impacto en el sistema familiar es enorme y es frecuente que su funcionamiento gire en torno al problema de salud mental del hijo o hermano. En esta época, que debería caracterizarse por un incremento de la flexibilización en el que los adolescentes/adultos jóvenes se van progresivamente alejando de la familia de origen y desarrollan de forma prioritaria las relaciones con los iguales se torna, con la aparición de la enfermedad mental, en un sistema habitualmente más rígido en el que la mayor parte de la vida cotidiana de la familia gira en torno a la enfermedad mental de uno de sus miembros. Los padres suelen adoptar una postura hipervigilante y de «protección» respecto a su hijo enfermo y también los hermanos hacen esta función en ambientes en los que hacerlo es imposible para los padres,

TABLA 9.2. Fases del ciclo evolutivo familiar, según Carter y McGoldrick, 1980

FASE DEL CICLO EVOLUTIVO	PRINCIPIO QUE RIGE	CAMBIOS
1. <i>Entre familias; Adulto joven no emancipado</i>	Aceptación de la separación padres-hijos	a) diferenciación del self con respecto de la familia de origen b) desarrollo de las relaciones con los iguales c) afirmación del self en el trabajo
2. <i>Unión de las familias a través del matrimonio; la pareja recién casada</i>	Compromiso con el nuevo sistema	a) formación del sistema marital b) realineamiento de las relaciones con las familias extensas y amigos para incluir al esposo/a
3. <i>Familia con hijos pequeños</i>	Aceptación de los nuevos miembros en el sistema	a) reajuste del sistema marital para hacer espacio a los hijos b) creación de roles parentales c) realineamiento de las relaciones con la familia extensa para incluir los roles de los abuelos.
4. <i>Familia con hijos adolescentes</i>	Aumento de la flexibilidad para permitir la independencia de los hijos	a) cambio de las relaciones padres-adolescentes para permitir al hijo entrar y salir del sistema b) refocalización en los problemas maritales y parentales de los períodos medios de la vida c) comienzo de las preocupaciones por la generación mayor
5. <i>Emancipación de los hijos y períodos posteriores</i>	Aceptación de múltiples entradas y salidas del sistema familiar	a) renegociación del sistema marital como diada b) desarrollo de una relación de adulto a adulto c) realineamiento de las relaciones para incluir a la familia política y a los nietos d) afrontamiento de las enfermedades y muerte de los padres (y abuelos)
6. <i>La familia en las últimas etapas de la vida</i>	Aceptación del cambio de roles generacionales	a) mantenimiento del funcionamiento e intereses propios y de la pareja a pesar del declinamiento físico; exploración de los nuevos roles sociales y familiares b) apoyo para un rol más central de las generaciones medias c) ganar espacio en el sistema para la sabiduría y la experiencia de la vejez; apoyar a la generación más mayor sin sobrecargarlos d) afrontamiento de la muerte de un esposo, hijos y otros parientes; preparación para la propia muerte. Revisión e integración de la vida.

por ejemplo, las salidas nocturnas. En estos momentos, la familia suele vivenciar que es más seguro para su hijo o hermano permanecer cercano a la familia nuclear y en ocasiones viven como peligrosas las relaciones con los iguales que pueden no entender la situación por la que está pasando su familiar enfermo o perjudicarlo.

Por otro lado, es un hecho que las personas con enfermedad mental tienen más dificultades que otros tipos de población para conseguir un trabajo remunerado adecuado a sus posibilidades y, si lo consiguen, en muchos casos tendrán que enfrentarse no sólo a sus temores y a su falta de experiencia, ya que en la mayoría de los casos no han llegado a desempeñar una actividad laboral reglada, sino con los temores de la familia y de los propios profesionales.

También es menos probable que las personas aquejadas de esquizofrenia lleguen a establecer una pareja estable y una familia propia. En el caso de que exista una relación de pareja, habría que sumar a las dificultades de acoplamiento de toda pareja en sus inicios, aquellas dificultades inherentes a la presencia en uno de sus miembros de una enfermedad mental grave. Es recomendable que la pareja tenga un conocimiento lo más preciso posible de la enfermedad y de cómo afrontarla.

Si la persona con enfermedad mental tiene hijos también aparecen dificultades específicas en torno a cómo logran desempeñar su rol parental, tanto relacionadas con su enfermedad mental (síntomas, efectos secundarios de la medicación, ingresos,..) como con factores secundarios (déficits de habilidades de crianza, problemas en la pareja, aislamiento social, inseguridad, paro, bajos ingresos, precariedad en la vivienda, etc.) En este sentido, en los últimos años se ha planteado, a nivel internacional, la necesidad, dentro del marco de la rehabilitación, de elaborar programas específicos que doten de habilidades de crianza a las personas con enfermedad mental. Un ejemplo en España sería el programa de intervención para padres/madres con enfermedad mental grave del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Alcalá de Henares (Rullas et col., 2004), que pretende, dentro de los objetivos del Plan Individualizado de Rehabilitación, el que los usuarios adquieran habilidades para manejarse dentro del entorno familiar; entre estas habilidades estaría el cuidado y atención de los hijos.

En aquellos casos en los que la persona con enfermedad mental no puede hacerse cargo de las funciones parentales, suelen ser los familiares, sobre todo los abuelos, los que asumen esas funciones y, aunque vivan en la misma casa, son éstos los que toman las decisiones respecto al niño, le ponen límites y normas. Así, la madre/padre con trastorno mental queda al margen y cuando se recupera lo suficiente para poder asumir esas funciones, muchas veces la relación con su hijo es distante y le resulta muy difícil reasumir su rol dado que se ha establecido una rutina en la que otros se ocupan de esas cuestiones.

Una cuestión muy habitual es, en el caso de que la persona con enfermedad mental no haya construido una familia propia, el temor de los padres respecto a que va a pasar con su hijo cuando ellos no puedan estar para «cuidarlo». En este momento se puede pensar en que se hagan cargo de él los hermanos, aunque esta es una petición difícil para muchos de ellos que tienen sus propios problemas evolutivos y, en muchos casos, no mantienen una relación estrecha con la persona con enfermedad mental de la que hasta ahora se ocupaban los padres.

Parece, pues, toda una carrera de obstáculos en la que con mucha facilidad el sistema familiar se puede «trabar» en torno a la enfermedad. No podemos obviar que la enfermedad mental de un familiar es un suceso estresante «imprevisible» que se suma a otras fuentes de estrés inherentes a la propia estructura y desarrollo de la familia.

### 3.2. Áreas fundamentales de evaluación familiar

Centraremos ahora nuestra atención en las áreas fundamentales de la evaluación familiar dentro del campo específico de la rehabilitación psicosocial. Existen al respecto diversas propuestas por parte de algunos autores:

Haldford (1992), nos indica las siguientes áreas de evaluación:

- Qué sabe cada miembro de la familia acerca de la esquizofrenia, la medicación, las intervenciones psicosociales.
- Qué cree cada uno que causa el trastorno.
- Cómo cree que evoluciona.
- Qué conductas en la familia son vistas como problemáticas.
- Qué cambios de conducta esperan unos de otros.
- Cómo se enfrentan a la carga de la enfermedad.
- Qué estrategias de comunicación y de resolución de problemas tiene la familia y su utilidad para manejar los problemas actuales.
- Qué opciones ven para el futuro del paciente.

Podemos resumir las propuestas de Leff y Vauhgn (1985) y Barrowclough y Tarrrier (1995) en las siguientes áreas de evaluación:

- Información Básica:
  - Integrantes del hábitat familiar.
  - Cambios recientes.
  - Tiempos de contacto.
- Historia psiquiátrica del paciente:
  - Anamnesis de conjunto.
  - Para cada síntoma o problema (comienzo, gravedad, contexto, efectos sobre la familia, reacción de la misma).
- Problemas / Síntomas Actuales:
  - Naturaleza, gravedad, frecuencia, respuestas del paciente y de los familiares.
  - Investigar: Sueño, apetito, síntomas orgánicos, hiper / hipoactividad, lentitud, retraimiento, ansiedad, temor, rumiaciones, alteraciones del ánimo, delirios, alucinaciones, conducta bizarra, abandono personal, abuso de drogas.
- Relaciones entre los miembros de la familia:
  - Existencia de tensiones o conflictos.
  - Naturaleza de las fronteras intra y extrafamiliares.
- Información general sobre la familia:
  - Actividades sociales, profesionales y de ocio de cada miembro de la familia.
  - Interacciones.
- Afectación de unas y otras por el curso de la enfermedad.

Anderson, Reiss y Hogarty nos proponen el siguiente esquema de evaluación inicial de la familia:

1.<sup>a</sup> Parte: Evaluación de la crisis (magnitud de la disfunción del paciente, nivel actual de angustia de la familia, apoyo profesional requerido por el paciente).

2.<sup>a</sup> Parte: Evaluación de la reacción familiar ante la enfermedad y el tratamiento (nivel de impacto a largo plazo de la enfermedad sobre la vida familiar, respuestas de los miembros de la familia a tratamientos anteriores).

3.<sup>a</sup> Parte: Evaluación general de la familia (factores familiares generales que tal vez coadyuven a crear las actuales condiciones de estrés o que constituyan lados fuertes para enfrentar la enfermedad, nivel actual de tolerancia al estrés de la familia).

Coincidiendo con los distintos autores en las grandes áreas a evaluar, proponemos la siguiente *guía de evaluación familiar* que permitirá un adecuado diseño de la intervención posterior (ver ANEXO I):

1. Revisión de la enfermedad: inicio, tratamientos, situaciones de crisis, apoyo profesional requerido por el paciente.
2. Situación actual: como se encuentra el paciente (síntomas, funcionamiento), qué apoyo profesional requiere actualmente.
3. Información general sobre la familia. Genograma y etapa ciclo vital.
4. Red social: apoyos.
5. Evaluación de la reacción familiar ante la enfermedad. Elaboración del duelo y evaluación de la carga.
6. Otros problemas a los que se enfrenta la familia actualmente.
7. Estilo de comunicación y estrategias de resolución de problemas de la familia. Nivel de emoción expresada.
8. Conocimiento sobre pródromos, factores precipitantes y protectores.
9. Conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento.
10. Expectativas de futuro y calidad de vida.
11. Necesidad por parte de la familia de intervención y actitud mostrada hacia ella.
12. Evaluación con instrumentos específicos.

## 4. Evaluación familiar. Áreas específicas

Dentro de la guía de evaluación familiar, por su importancia y relevancia en el campo de la rehabilitación psicosocial, nos centraremos en varios aspectos que debemos evaluar: *duelo*, *carga familiar*, *emoción expresada*, *conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento y calidad de vida*.

### 4.1. Duelo

Un aspecto que cada vez cobra más importancia y que está relacionado con la carga, es el duelo (Lefley, 2001). Las familias pasan por las etapas habituales de alguien que se enfrenta a una situación de pérdida: impacto, negación, depresión, ira, aceptación y afirmación. Sin embargo, el duelo tendrá

unas especiales características en los familiares de una persona con esquizofrenia, que lo asemejan al producido por una pérdida «ambigua» (Boss, 1999): desaparición de una persona sin el punto final de su muerte (ver Tabla 9.3).

- √ El duelo es menos intenso al principio y va intensificándose con el tiempo (Atkinson, 1994). Es un duelo que suele cronificarse. Marsh (1998), encuentra que el 75% de las madres de adultos con enfermedad mental presentaban duelo crónico.
- √ El estigma de la enfermedad mental también afecta a los familiares. La vergüenza va a ser frecuente, llevando en muchas ocasiones al aislamiento social. A diferencia de otras enfermedades físicas crónicas en las que se recibe el apoyo y solidaridad de otras personas, la esquizofrenia se va a vivir en soledad.
- √ Los sentimientos de culpa y autorreproches serán frecuentes, sobre todo al inicio de la enfermedad.
- √ Las fluctuaciones en la sintomatología con nuevas recaídas cuando el paciente está mejor, van a provocar épocas de esperanza seguidas de otras de frustración.
- √ Las nuevas tareas que debe realizar la familia para atender al enfermo le van a suponer tener que abandonar actividades propias.
- √ Los familiares tienen que hacer un duelo por el familiar que han «perdido» con los valores que tenía, con el papel que representaba en la familia; y también por todas las esperanzas que tenían puestas en su futuro.

TABLA 9.3. Características del duelo en la esquizofrenia.

- Crónico (menos intenso al inicio, aumenta a lo largo del tiempo).
- Frecuentes sentimientos de vergüenza (los familiares también sufren el estigma).
- Frecuentes sentimientos de culpa y autorreproches.
- Aislamiento social.
- Alternancia de esperanza y frustración.
- Pérdida de libertad.
- Pérdida por lo que fue y por lo que podría haber sido.
- Pérdida ambigua.

### 4.2. Carga familiar

El número de personas con enfermedad mental crónica que viven con su familia es muy alto en general, más aún en países como el nuestro, donde se calcula que lo hacen un 80%. Los cuidadores, según el estudio del EUFAMI (Hogman, 1994) son mayoritariamente: mujeres, de edad avanzada, madres del paciente. En ocasiones pueden desempeñar esa función los hermanos, abuelos, cónyuges, provocándoles particulares dificultades en su desenvolvimiento habitual.

La carga familiar o carga del cuidador es un concepto general que se refiere a las múltiples dificultades que se experimentan en el cuidado y manejo de un familiar con enfermedad mental (Schene, Tessler y Gamache, 1996).

Hoening y Hamilton (1966) distinguieron entre carga objetiva y carga subjetiva. La *carga objetiva* incluye todo lo que los familiares deben hacer por el paciente en su tarea como cuidadores: supervisión, control, gastos económicos, los trastornos que supone en su vida, ocupación del ocio, relaciones sociales, y los impedimentos para el desarrollo de la vida profesional y la práctica de aficiones. La carga obje-



tiva estará determinada por lo que el paciente haga o deje de hacer, lo que dependerá de su estado funcional y su sintomatología. El modo en el que la familia experimenta y sufre esta carga objetiva, se adapta y reacciona ante ella, supone la *carga subjetiva*. Muchas veces es difícil evaluar la carga subjetiva porque puede estar enmascarada por actitudes de resignación, sobre todo en casos de larga evolución.

Schene realizó una revisión de los distintos aspectos de la carga distinguiendo los siguientes (los 6 primeros son objetivos, y los 2 últimos subjetivos):

1. Tareas de la casa. Se pierde el reparto equitativo de las tareas domésticas. Otra persona debe ocuparse de aquellas que no realiza el paciente. Se pierde también la reciprocidad en las relaciones, al necesitar el paciente un mayor cuidado, control y supervisión.
2. Relaciones familiares. El malestar subjetivo que sufren los familiares, añadido a la necesidad de asumir más tareas, provoca tensión en las relaciones entre los miembros de la familia.
3. Relaciones sociales. La tensión en las relaciones interpersonales afecta también a otros familiares, amigos, vecinos y conocidos. La estigmatización puede llevar al secreto y el ocultamiento del enfermo, aislando más a la familia que irá perdiendo apoyos sociales. La falta de apoyo social hará que los miembros de la familia sean más vulnerables a trastornos mentales.
4. Tiempo libre y desarrollo profesional. Asumir más tareas y responsabilidades provocará también una disminución de las oportunidades de ocio y desarrollo vocacional.
5. Economía. La situación económica puede verse afectada por varias razones: la pérdida por parte del paciente de la capacidad de mantener un trabajo, dificultades del cuidador para continuar con su propio trabajo, gastos derivados de la enfermedad.
6. Repercusión en hijos y hermanos. Los hijos de las personas con enfermedad mental tienen un mayor riesgo de padecer ellos mismos una enfermedad mental. Los hermanos reciben menos atención porque sus padres están más pendientes del cuidado del que padece la enfermedad. Los hijos y hermanos también sufren las consecuencias del estigma de la enfermedad.
7. Salud. Puede verse afectada la salud física y mental de los familiares. Son frecuentes los síntomas psicósomáticos (pérdida de apetito, cefaleas, etc.) y problemas de salud mental como ansiedad y depresión.
8. Malestar subjetivo. Sentimientos negativos y emociones como culpa, incertidumbre, ambivalencia, rabia, sentimientos de pérdida.

La composición de la familia, la situación socioeconómica, la red social disponible, el contexto comunitario y la organización del sistema de atención en salud mental van a influir en la carga sufrida por la familia. También tendrán importancia factores culturales ligados a ideas religiosas y al papel de la familia en el cuidado de sus miembros (Magliano et al., 1998). Hay que evaluar la «carga» situando a la familia en su contexto sociocultural.

Las actitudes de los profesionales pueden aumentar la carga al atribuir a la familia la causa de la enfermedad, no responder a las demandas de información, o simplemente ignorar sus necesidades. Otro factor que aumentará la carga será la dificultad para acceder al ingreso hospitalario y la carencia de un adecuado seguimiento comunitario (Lefley, 1990). Está claro que una mala asistencia, descoordinada e insuficiente en sus respuestas a las variadas necesidades de un trastorno mental severo, aumentará la carga familiar. La disponibilidad de programas y dispositivos de rehabilitación ayudan a disminuir la carga.

Existe una relación entre carga y emoción expresada (Jackson, Smith y McGorry, 1990), dependiendo ambas de la apreciación que los familiares hacen de la situación del paciente (Sczufca et al., 1996). La capacidad de afrontamiento de los familiares de una persona con esquizofrenia estará influida por su apreciación de los síntomas del paciente y por su confianza en poder manejar la situación (Barrowclough y Parle, 1997), distinguiendo entre la evaluación del grado de amenaza que supone y la consideración de la capacidad de enfrentarse a ella. Las investigaciones actuales consideran que emoción expresada y carga familiar son procesos interactivos: la conducta alterada y sintomática del paciente aumenta la posibilidad de que los familiares respondan con comunicaciones estresantes, que a su vez empeoraran las conductas del paciente, llevando a un círculo vicioso (Mueser y Bellack, 1995). La atribución que los familiares realizan con respecto a la capacidad de control del paciente sobre sus conductas es un factor muy relevante para la carga y la EE.

Cuando es el cónyuge el afectado, la enfermedad va a afectar de forma importante a la relación de pareja y a la propia vida del esposo/a que ejerce la función de cuidador, reduciendo significativamente su calidad de vida.

#### 4.2.1. Evaluación de la carga

La carga suele considerarse como un concepto multidimensional. Generalmente incluye los efectos del trastorno del paciente en la vida cotidiana de la familia, en las actividades de ocio, las consecuencias económicas, el malestar que provoca.

La *entrevista abierta* con los familiares escuchando el relato de los avatares de la enfermedad y el impacto que ha tenido y sigue teniendo en la familia, será la principal herramienta de evaluación. También disponemos de una serie de instrumentos que permiten objetivar y cuantificar la carga y sirven para seguir la evolución y como indicadores de resultados. La mayor parte de los instrumentos para evaluar la carga no han tenido un desarrollo adecuado, presentando dificultades en su construcción y validación. Existen varias revisiones sobre los instrumentos disponibles: Platt (1985), Schene (1996) y Reine (2003). Describimos a continuación aquellos que nos parecen más útiles en rehabilitación.

SBAS (*Social Behaviour Assessment Schedule*; Platt et al, 1980), en su adaptación española realizada por Otero, Navascués y Rebolledo (1990). Con esta escala obtendremos información de:

- Conductas problemáticas del paciente observadas por los familiares.

- Desempeño de roles del paciente.
- Carga objetiva familiar.
- Nivel de estrés.
- Apoyos que recibe el informante.

La evaluación se realiza mediante entrevista semiestructurada, que requiere unos 60 a 90 minutos, y el entrenamiento del entrevistador. La fiabilidad entre entrevistadores fue buena en la muestra española. Se evalúa la historia de la enfermedad del paciente y sus efectos sobre la familia, la conducta del paciente, la historia del funcionamiento social, salud y conducta laboral, sus consecuencias objetivas en el hogar, los acontecimientos vitales concomitantes y el apoyo del informante evaluado en términos de ayuda. Se toma en cuenta el mes anterior. El informante debe ser la persona que haya tenido más contacto cara a cara de forma regular con el paciente en el período de tiempo de estudio.

Las conductas que evalúa la escala son:

- |                     |                              |
|---------------------|------------------------------|
| 1. Tristeza         | 12. Sobreactividad           |
| 2. Retraimiento     | 13. Reacciones imprevisibles |
| 3. Lentitud         | 14. Irritabilidad            |
| 4. Falta de memoria | 15. Descortesía              |
| 5. Inactividad      | 16. Violencia                |
| 6. Dependencia      | 17. Ideas suicidas           |
| 7. Indecisión       | 18. Conducta ofensiva        |
| 8. Preocupación     | 19. Consumo de drogas        |
| 9. Miedo            | 20. Descuido personal        |
| 10. Obsesiones      | 21. Quejas de dolor físico   |
| 11. Ideas extrañas  | 22. Conducta extraña         |

La sección de desempeño social del sujeto consta de 13 áreas de la vida social del sujeto:

1. Participación en las tareas de la casa
2. Participación en la administración de la casa
3. Cuidados de los niños
4. Actividades de ocio y tiempo libre
5. Conversación diaria sujeto-informante
6. Apoyo sujeto-informante
7. Afectividad sujeto-informante
8. Relaciones de pareja
9. Trabajo/estudio
10. Toma de decisiones en casa
11. Manejo de recursos comunitarios
12. Interés por acontecimientos
13. Relaciones interpersonales

Entre los instrumentos actuales para evaluar la carga familiar merece también especial atención, por su facilidad de administración y existencia de versión española, el IEQ (*Involvement Evaluation Questionnaire*, Van Wijngaarden, 2000), Cuestionario de Evaluación de Repercusión Familiar.

Es un cuestionario de 31 ítems completado por el cuidador. Las preguntas se encuadran en 4 subescalas:

- √ Tensión: se refiere a la atmósfera tensa en las relaciones entre el paciente y sus familiares.
- √ Supervisión: hace referencia a las tareas del cuidador para asegurar que el paciente toma la medicación, duerme y por evitar las conductas peligrosas.
- √ Preocupación: cogniciones interpersonales dolorosas sobre el paciente, como son la inquietud por su seguri-

dad física, su salud o el tipo de asistencia sanitaria que recibe.

- √ Estimulación: relacionado con la activación y motivación del paciente para que se ocupe de su propio autocuidado, de su alimentación y de la realización de actividades.

*Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit* (Zarit et al., 19890): aunque se trata de una escala diseñada para evaluar la sobrecarga de los cuidadores de los pacientes con demencia, el contenido de sus preguntas y su sencillez la hacen adecuada para los familiares de pacientes con trastornos mentales severos. Consta de 22 ítems que evalúan las repercusiones negativas sobre determinadas áreas de la vida asociadas a la prestación de cuidados: salud física; salud psíquica, actividades sociales, recursos económicos. La versión española (Martín et al., 1996) tiene una consistencia interna y fiabilidad test-retest altas. Las propiedades psicométricas del Zarit no han sido evaluadas en familiares de pacientes con esquizofrenia, sin embargo ha sido utilizada en algún estudio (Gutiérrez, 2007), demostrando sensibilidad al cambio.

### 4.3. Emoción expresada

#### 4.3.1. Emoción Expresada y Rehabilitación Psicosocial

La «emoción expresada» (EE) es una de las variables predictoras de recaídas más reconocida por profesionales e investigadores. El concepto surgió a raíz del estudio de un grupo encabezado por G Brown (1959), del Institute of Social Psychiatry de Londres. Brown y sus colaboradores comprobaron que el índice de recaídas de jóvenes esquizofrénicos, al año del alta, era más alto entre aquellos que volvían al hogar paterno que entre los que vivían solos o con algún hermano (Muela y Godoy, 2001).

A partir de éste y otros estudios, la EE se definió como un «estilo comunicativo del familiar o cuidador» con la persona esquizofrénica con influencia en el curso de la enfermedad.

Su importancia práctica estriba en que las intervenciones familiares orientadas a reducir el nivel de EE han conseguido reducir las tasas de recaídas. También se demostró que la EE de los familiares y cuidadores no es un estado estático sino algo variable a lo largo del tiempo: en un seguimiento de 9 meses el 28% de los familiares cambiaron su estatus de expresión emocional (algo que ocurre con más frecuencia entre los familiares con alta EE) (Patterson y cols. (2005).

Con todo, no se debe de olvidar que, en última instancia, la medida de la EE, fue concebida como una técnica de investigación y sus tres componentes: Comentarios Críticos (CC), Hostilidad (H) y Sobreimplicación Emocional (SIE) son términos técnicos, no nombran emociones (Kuipers, Leff y Lam, 2002).

La evaluación e intervención sobre los niveles altos de EE es cada vez más necesaria, no solo entre los familiares, sino que la investigación también se ha extendido a los cuidadores profesionales donde se han encontrado actitudes críticas hacia las personas con esquizofrenia compara-

bles a las expresadas por los familiares. En dichos estudios se observó que un profesional podía ser muy crítico con un paciente y no crítico hacia otro, lo que demuestra que la EE es una medida interactiva y no una actitud estructural de la personalidad, es algo que se puede cambiar. Cobra especial relevancia en los contextos residenciales: hospitales psiquiátricos, unidades hospitalarias de rehabilitación, miniresidencias, pisos protegidos, comunidades terapéuticas, etc.

Kuipers, Leff y Lam (2002) subrayan que la baja EE no es solo la falta de CC, H y SIE, sino que las familias también poseen un amplio rango de estrategias que han ensayado en la práctica de su convivencia diaria con buenos resultados. Las familias con baja EE reconocen la realidad de las experiencias psicóticas del paciente, y para contrarrestar la sintomatología utilizan técnicas de «tiempo fuera», distracción, pruebas de realidad, espacios de protección personal, etc. Los profesionales tenemos mucho que aprender de estas familias para comprender que uno de los objetivos de la intervención con familias es favorecer la expresividad de emociones adecuadas, como puede ser la calidez.

#### 4.3.2. La evaluación de las reacciones emocionales

En 1966 Brown y Rutter crean un instrumento fiable que mide las reacciones emocionales de los familiares de esquizofrénicos con una entrevista semiestructurada realizada al paciente y a su cónyuge juntos y por separado, que evaluaba aspectos semánticos y de comunicación no verbal con dos tipos de conductas (Lemos, 1985): Las «objetivas» y las «subjetivas». Las primeras se enfocan sobre las quejas del paciente, cuestiones sobre la vida diaria, etc. Las conductas «subjetivas» serían: crítica, insatisfacción, hostilidad, calidez. El planteamiento de base es que «algo» en las relaciones familiares parece provocar la recaída en el esquizofrénico, que las relaciones familiares parecen influir sobre el curso y no sobre el origen de la enfermedad y que las características de la interacción familiar más ligadas al deterioro del enfermo estarían incluidas en el término «implicación emocional» que en un principio podría incluir expresión de las emociones, hostilidad, insatisfacción, calidez o dominio entre los miembros de la familia, especialmente hacia el enfermo (Muela y Godoy, 2001).

#### 4.3.3. La evaluación de la «Emoción Expresada»

El instrumento prototipo para medir la EE es la *Camberwell Family Interview* (CFI, Vaughn y Leff, 1976b) (versión española de Gutiérrez, 1986) desarrollada a partir de la entrevista de Brown y Rutter. Se trata de una entrevista semiestructurada realizada a un familiar, de 1'5 horas de duración aproximada, que es grabada en cintas magnetofónicas y que, a través de la historia del trastorno, evalúa la puntuación del familiar en EE.

Se establece la puntuación en las 3 escalas mencionadas: comentarios críticos (CC), sobreimplicación emocional (SIE), hostilidad (H). Los criterios de alta EE varía según los autores, en el estudio Andalucía fueron (Muela y

Godoy, 2003): seis o más comentarios críticos, al menos un punto en hostilidad o presencia de los componentes de la sobreimplicación emocional: sobreprotección o llanto (por separado o juntos) y/o autosacrificio y desesperanza (los dos juntos). El principal inconveniente de la CFI es que se trata de una entrevista diseñada en y para contextos de investigación y por tanto es larga, requiere entrenamiento previo, grabación, etc.

Los propios co-autores de la CFI (Leff et al, 2002), en sus centros de entrenamiento y formación a profesionales en intervención familiar, la descartan para uso en la práctica clínica, ofreciendo en su lugar observar indicaciones prácticas que permiten identificar a las familias con una elevada «EE»: frecuentes reingresos a pesar de una adecuada medicación, familias que recurren a la policía, etc. (ver Tabla 9.4).

TABLA 9.4. **Características del medio familiar con alta EE.**  
Brown y Rutter, 1966; Vaughn y Leff, 1976; Kavanagh, 1992; Bebbington y Kuipers, 1994)

Parámetros básicos: *Criticismo, Hostilidad, Implicación emocional excesiva.*

Otros rasgos que suelen estar presentes:

- Estilo abstruso de comunicación (superposición de niveles).
- Escucha insuficiente o ineficiente.
- Relaciones interpersonales intrusivas.
- Proclividad al juicio atribucional proyectivo.
- Tendencia a la generación y a la escalada de conflictos.
- Inhabilidad y escasa autonomía en la resolución de problemas.
- Hipervigilancia.
- Rigidez.
- Inconsistencia e inoperancia de las respuestas interpersonales.
- Impredictibilidad del clima familiar.

Otra opción para la práctica en rehabilitación psicosocial es utilizar una medida más corta, más fácil de administrar y de evaluar como la «*Muestra de Habla de Cinco Minutos*» (MH; Gottschalk, Falloon, Marder, Lebell, Gift y Wynne (1988) y Magana, Goldstein, Miklowitz, Jenkins y Falloon (1986). Al familiar se le invita a hablar durante cinco minutos sobre los pensamientos y sentimientos que el enfermo suscita en él, así como de la relación que ambos mantienen. Se codifica al igual que la CFI: criticismo, hostilidad o sobreimplicación emocional aunque el criterio para clasificar al sujeto de alta Emoción Expresada es mostrar al menos un comentario crítico u hostilidad o cualquiera de los cuatro componentes de la sobreimplicación emocional (Muela y Godoy, 2003).

#### 4.4. Evaluación de conocimientos de la enfermedad

Los distintos programas de intervención familiar incluyen un módulo educativo en el que los profesionales comparten con los familiares los conocimientos actuales sobre la esquizofrenia. Existen pocos estudios sobre la influencia de los programas psicoeducativos en los conocimientos de los familiares, pero, en general se considera que cuando las familias ya tienen establecida una interpretación de la enfermedad del paciente, es difícil cambiarla.



Barrowclough et al. (1987) elaboraron un inventario de conocimientos acerca de la esquizofrenia (KASI). Consiste en una entrevista semiestructurada que se administra a familiares de pacientes esquizofrénicos y que fue diseñada con el objetivo de valorar la información que poseen sobre la esquizofrenia y como influyen estos conocimientos en la conducta del familiar. Las preguntas comprenden diferentes aspectos de la esquizofrenia: diagnóstico, sintomatología, etiología, medicación curso y pronóstico y manejo del paciente.

#### 4.5. Evaluación de la calidad de vida

La calidad de vida de los familiares está muy relacionada con la calidad de vida de los pacientes, así, muchos de los familiares al preguntarles sobre su calidad de vida responderán: «depende de la situación de mi familiar enfermo. Si está bien, yo también lo estoy; si sufre, yo sufro» (Simon, 1998). Además de los factores que tienen que ver con las características del paciente y su enfermedad, otros factores que influyen en la calidad de vida de los familiares (Caqueo-Urizar, 2009) tiene relación con el estigma y la falta de apoyo social, la existencia de otros problemas familiares, la situación económica y, con la actitud de los profesionales y la disponibilidad de recursos para la atención a sus familiares enfermos.

Para evaluar la calidad de vida de los familiares utilizaremos instrumentos genéricos: WHOQOL, Euroqol, SF-36 (ver capítulo de evaluación de la calidad de vida).

### 5. Propuesta de una guía de evaluación familiar

Para una completa evaluación de la familia en el contexto de la Rehabilitación Psicosocial recomendamos recoger información sobre las siguientes áreas: ver Tabla 9.5. La técnica de evaluación fundamental que utilizaremos será la entrevista, aunque para la evaluación concreta de algunas áreas (carga y calidad de vida) recomendamos varios cuestionarios específicos.

TABLA 9.5. Guía de Evaluación familiar

1. *Revisión de la enfermedad*: inicio, tratamientos, situaciones de crisis, apoyo profesional requerido por el paciente.
2. *Situación actual*: cómo se encuentra el paciente (síntomas, funcionamiento), qué apoyo profesional requiere actualmente.
3. Información general sobre la familia. *Genograma y ciclo vital*.
4. *Red social*: apoyos.
5. Evaluación de la reacción familiar ante la enfermedad: elaboración del *duelo* y evaluación de la *carga*.
6. *Otros problemas* a los que se enfrenta la familia actualmente.
7. Estilo de comunicación y estrategias de resolución de problemas: nivel de *Emoción Expresada*.
8. Conocimiento sobre *pródromos, factores precipitantes y protectores*.
9. *Conocimientos sobre la enfermedad y su tratamiento*.
10. *Expectativas de futuro y calidad de vida*.
11. *Necesidad* por parte de la familia de intervención y *actitud* mostrada hacia ella.
12. Evaluación con instrumentos específicos.  
Carga familiar: IEQ (Van Wijngaarden, 2000)  
Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit  
Calidad de Vida: WHOQOL – Bref  
EUROQOL  
SF-36

### 6. Bibliografía

1. Anderson, C., Reiss, D. y Hogarty, G. (1988). *Esquizofrenia y familia* (Guía práctica de psicoeducación). Buenos Aires: Amorrortu (publicación original de 1986).
2. Atkinson, S.D. (1994). *Grieving and loss in parents with a schizophrenic child*. American Journal of Psychiatry, 151, 1137-1139.
3. Barrowclough, C. y Parle, M. (1997). Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 171, 26-30.
4. Barrowclough C, Tarrrier N, Warts S, Vaughn C, Bamrach JS, Freeman HL. (1987). Assessing the functional value of relatives knowledge of schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 151, 1-8.
5. Barrowclough, C. y Tarrrier, N. (1992). Families of Schizophrenic Patients. Cognitive Behavioural Interventions. London, Chapman & Hall.
6. Bebbington P, Kuipers L. (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: a review of empirical studies. Psychological Medicine, 21, 1-11.
7. Boss, P. (1999). *Ambiguous loss*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
8. Brown, G. (1959). Experiences of discharged chronic schizophrenic mental hospital patients in various types of living groups. *Milbank Memorial Foundation Quarterly*, 37, 105-131.
9. Brown, G. y Rutter, M. (1966). The measurement of family activities and relationships. *Human Relation*, 19, 241-263.
10. Brown, S.; Birtwistle, J. (1998). *People with schizophrenia and their families*, British Journal of Psychiatry, 173, 139-144.
11. Caqueo Urizar, A., Gutierrez Maldonado, J., Miranda Castillo, C. (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review, *Health Life Qual Outcomes*, 11, 7:84.
12. Carter B, McGoldrick M. The Changing Family Life Cycle. A Framework for Family Therapy. Boston: Allyn and Bacon; 1989.
13. Carter E.A y McGoldrick M. The Family Life Cycle. A Framework for Family Therapy, New York, Gardner Press, 1980.
14. Gottschalk, L., Falloon, I., Marder, S., Lebell, M., Gift, T. y Wynne, L. (1988). The prediction of relapse of schizophrenic patients using emotional data obtained from their relatives. *Psychiatry Research*, 25, 261-276.
15. Gutiérrez, E. (1986). Versión española de la Entrevista Familiar de Camberwell (CFI) de Vaughn y Leff (1976). Material no publicado.
16. Gutierrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A. (2007). Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in latin american families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res*, 16, 739- 747.
17. Haldford, W.K. (1992). *Assessment of family interaction with a schizophrenic member*. En Kavanagh DJ (editor) Schizophrenia. An overview and practical handbook. London. Chapman&Hall.
18. Hoening, J. y Hamilton, M.W. (1966). *The schizophrenic patient in the community and the effect on the household*. International Journal of Social Psychiatry, 26, 165-176.
19. Hogman, G. (1994). *European Questionnaire Survey of Carers*. European Federation of Families of Mentally Ill (Eufami), Groeneweg 151, B-3001 Heverlee, Belgium.
20. Jackson, H.J.; Smith, N. y McGorry, P. (1990). Relationship between expressed emotion and family burden in psychotic disorders: an explanatory study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82:,243-249.
21. Kavanagh, D.J. 1992. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 160, 601-620.
22. Kuipers, Leff y Lam, (1992, 2002). *Family work for schizophrenia: a practical guide*. London. Gaskell.
23. Leff, J. y Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families: Its significance for mental illness*. Nueva York: Guilford Press.
24. Lefley, H.P. (2001). *The impact of mental disorders on families and carers*. En Thornicroft ,G. y Szmukler, G. (Eds.), *Textbook of Community Psychiatry*, Oxford: Oxford University Press, 141-154.
25. Lefley, H.P. (1990). *Research directions for a new conceptualization of families*. En Lefley HP, Johnson DL, editors. *Families as Allies in the Treatment of the Mentally Ill*. Washington: American Psychiatric Press, 127-162.



26. Lemos, S. (1985). Factores familiares (expresión emocional) y evolución de la esquizofrenia. Ponencia presentada a la Jornada sobre la adaptación a la comunidad del enfermo mental crónico, organizada por el Colegio Oficial de Psicólogos y el Instituto de Salud Mental de Valencia.
27. Lemos, S. y Muñiz, J. (1989). Expresión emocional familiar en la esquizofrenia. *Investigaciones Psicológicas*, 6, 269-294.
28. McGoldrick M, Gerson R. Genogramas en la evaluación familiar. Argentina. Editorial Gedisa; 1987.
29. Magana, A., Goldstein, J., Karno, M., Miklowitz, D., Jenkins, J. y Falloon, I. (1986). A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 17, 203-12.
30. Magliano L, Fadden G, Madianos M, de Almeida JM, Held T, Guarneri M et al. (1998). *Burden of the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33 (9), 405-412.
31. Marsch, D.T. (1998). *Serious Mental Illness and the Family: The Practitioner's guide*. New York: Wiley.
32. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji L, Rico J, Lanz P, Taussig M. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga el Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista Gerontológica*, 6, 338- 346.
33. Muela J. y Godoy J. (2001) El estrés crónico en la esquizofrenia: la emoción expresada. R.E.M.E. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, vol 4, n.º 7.
34. Mueser, K.T. y Bellack, A.S. (1995). *Psychotherapy for Schizophrenia*. En Hirsch, S.R. y Weinberger, D.R., editors, Oxford: Blackwell.
35. Muela J y Godoy J. Reactividad de la medida de la emoción expresada durante un ingreso. *Iberpsicología* 1.8.3 (2003).
36. Otero, V.; Navascues, D.; Rebollo, S. (1990). Escala de desempeño psicosocial. Adaptación española del SBAS (Social Behaviour Assessment Schedule). *Psiquis*, XI, 39-47.
37. Patterson P, Birchwood M, Cochrane R (2005). Expressed emotion as an adaptation to loss. Propsective study in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry* (2005) 187 (suppl. 48) s59-s64.
38. Platt, S.; Weyman, A.; Hirsch, S.; Hewett, S. (1980). The Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS): rationale, scoring and reliability of a new interview schedule. *Social Psychiatry*, 15, 43-55.
39. Platt S. (1985). Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. *Psychological Medicine*, 15,383-393.
40. Reine G, Lancon C, Simeoni MC, Duplan S, Auquier P. (2003). La charge des aidants naturels de patients schizophrènes: revue critique des instruments d'évaluation. *L'encephale*, XXIX, 137-147.
41. Rullas M, Grande A, Rodríguez E. Habilidades de crianza en padres-madres con enfermedades mentales graves. *Revista Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial* 2004, número18-19: pp. 14-9.
42. Scabini E. L'organizzazione familiare tra crisi e sviluppo. Milano: Angeli. 1985.
43. Sczufca, M. y Kuipers, E. (1996). Links between Expressed Emotion, burden and coping in relatives of those suffering from schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 169:,580-587.
44. Schene, A.H.; Tessler, R.C. y Gamache, M. (1996). *Instruments measuring family or caregiving burden in severe mental illness*. En Thornicroft G y Tansella M, editors. *Mental Health Outcome Measures*. Berlin: Springer.
45. Schene, A.H.; van Wijngaarden, B. y Koeter, M.W. (1998). *Family caregiving in schizophrenia: domains and distress*. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (4), 609-618.
46. Simon, M.D. (1998). *The Quality of Life of the Relatives of the mentally ill*. En 44.Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, editors. *Quality of Life in Mental Disorders*. New York: Wiley & Sons: 253-260.
47. Vaughn, C. y Leff, J. (1976b). The measurement of expressed emotion of families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 157-165.
48. Van Wijngaarden, B.; Schene, A.H.; Koeter, M.; Vazquez Barquero, J.L.; Knudsen, H.C.; Lasalvia, A. y McCrone, P. (2000). Caregiving in schizophrenia: development, internal consistency and reliability of the Involvement Evaluation Questionnaire-European Version. Epsilon Study 4. *European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs*. *British Journal of Psychiatry*, suppl. 39, 21-27.
49. Zarit SH, Reever KE., Bach-Peterson J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *Gerontologist*, 20, 649-655.

# Capítulo 10. Evaluación del Funcionamiento Ocupacional

Ana Abad Fernández, Montse Rincón

## INTRODUCCIÓN

### 1. Evaluación ocupacional

«La Terapia Ocupacional es el estudio de la **ocupación humana (automantenimiento, productividad y ocio)** y el manejo de la **conducta adaptativa** necesaria para la **ejecución de estas funciones**. El estudio de la ocupación comprende el análisis, las exigencias para su ejecución y el significado de cada una de ellas.

La aplicación incluye la valoración, interpretación e intervención a través del tratamiento para desarrollar, mantener o mejorar el nivel ocupacional de las personas que han sufrido una **disfunción física, sensorial, psíquica o social**». (Reed, K.L; Sanderson, S.N., 1983).

La Terapia Ocupacional incide sobre esta recuperación desde las habilidades más básicas a otras más complejas. Definida como:

«La utilización terapéutica de las actividades de autocuidado, trabajo y lúdicas para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida» (AOTA)

«El hombre es un ser activo cuyo desarrollo está influenciado por la actividad propositiva. El ser humano es capaz de influir sobre su salud física y psíquica y sobre su entorno físico y social a través de la actividad propositiva. La vida humana es un proceso de continua adaptación. La adaptación es un cambio en la función que promueve la supervivencia y la autoactualización. Existen factores biológicos, psicológicos y ambientales que pueden interrumpir el proceso de adaptación en cualquier momento del ciclo vital, causando una disfunción. La actividad propositiva facilita el proceso adaptativo. La actividad propositiva (ocupación), incluyendo los componentes interpersonales y ambientales, puede utilizarse para prevenir y mejorar la disfunción y promover el máximo nivel posible de adaptación. La actividad utilizada por un TO incluye ambos propósitos, intrínseco a la actividad y terapéutico».

(Base filosófica de la TO. Asamblea representativa de la AOTA, 1979)

La Rehabilitación Psicosocial, trata de potenciar las capacidades y habilidades que posee la persona con Enfermedad Mental Crónica, evitando de este modo el deterioro y fomentando una mayor y mejor calidad de vida, no sólo de la persona afectada, sino de su entorno más próximo que casi siempre recae en la familia.

Desde un enfoque holístico tratando al individuo como algo global y no fragmentado, las dificultades para la ejecución de cualquier tarea y en concreto al hablar del desempeño en las áreas ocupacionales, la ejecución de las

mismas, no siempre está relacionado a un solo aspecto. Tomando esto como referencia, existen diversos factores que van a condicionar en gran medida, el desempeño en estas áreas. Estos son:

- *Propios de la Enfermedad*
  - Síntomas positivos o productivos: alucinaciones, delirios, trastorno del curso del pensamiento, etc.
  - Síntomas negativos: anhedonia, abulia, aplanamiento afectivo, falta de motivación, etc.
  - Tiempo de evolución de la enfermedad: ejecución de cualquier área en una fase inmediata a la crisis, años de evolución, etc.
- *Otros factores*
  - Pérdida de Hábitos: A consecuencia de la enfermedad se produce una pérdida de hábitos, en donde la persona va abandonando poco a poco el desempeño de tareas que anteriormente realizaba.
  - Aparición de nuevos hábitos: Aparecen hábitos que antes no existían y que surgen a raíz de la enfermedad, como es principalmente el consumo de bebidas excitantes y tabaco.
  - Tipo de personalidad y costumbres: Los hábitos adquiridos a lo largo del tiempo, capacitan o incapacitan el desarrollo de las áreas ocupacionales a partir del debút de la enfermedad. Cuando ésta aparece y durante el transcurso de la misma, las capacidades, hábitos y ejecución de las áreas ocupacionales, se ven afectadas en mayor o menor medida. Teniendo esto en cuenta, se puede decir que la existencia de hábitos desajustados previo a la enfermedad, suponen un agravamiento en el desempeño de estas áreas. De la misma manera, que unos hábitos ajustados previos a la enfermedad, suponen una mejoría en este desempeño. Por ejemplo, si una persona antes de la aparición de la enfermedad, daba importancia al cuidado y su aspecto personal, cuidaba su vestimenta, se aseaba con frecuencia, etc...tendrá más probabilidades de recuperar unos hábitos adecuados, que aquella que anteriormente, no los tenía.
  - Modelos familiares y psicosociales: Diferentes factores relacionados con el estilo de vida, van a condicionar y explicar en gran medida, la conducta que tenemos. Estos pueden ser: tipo de estimulación con el que se crece, condiciones psicosociales, condiciones económicas, de vivienda y habitabilidad, etc.
  - Desempeño de tareas: Con la presencia de la enfermedad, existe una pérdida de las habilidades o destrezas necesarias para realizar una actividad de forma eficaz. Teniendo en cuenta las unidades conductuales que integran una actividad, es posible que no se rea-

- licen correctamente, que exista fallo en algunas, que se produzca un desorden en los pasos a seguir, etc.
- Falta de autonomía: Los modelos de sobre protección familiar con los que uno crece, restan autonomía para la ejecución de tareas, mermando la capacidad de aprendizaje e impidiendo el desarrollo de otras actividades.
  - Falta de motivación: Si se tiene en cuenta que a raíz de la enfermedad, se llega a perder la iniciativa necesaria para disfrutar de actividades lúdicas y gratificantes para uno mismo, se puede suponer que albergará mayor dificultad, la existencia de motivación para la realización de aquellas que simplemente, cubren necesidades básicas para la persona.

(Abad, A y García, A, 2002. Cuaderno Técnico de Servicios Sociales. Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario de personas con EMC: Programas básicos de Intervención)

Como bien sabe todo profesional de la salud mental, cuando se habla de tratamiento con personas que presentan trastorno psiquiátrico, no hay fórmulas mágicas y es labor de todos intentar acercarse lo más posible a aquellas «recetas» que se adecuen a las necesidades individuales y que supongan una posibilidad de mejora. La disciplina de Terapia Ocupacional es una herramienta más que se ha de poner al servicio del sujeto afecto para perseguir esa mejora. Y se ha de poner desde la parte más básica o iniciativa del proceso rehabilitador, que es la evaluación, en este caso la *evaluación ocupacional*.

«Entendemos por evaluación ocupacional el procedimiento de adquisición exhaustiva y sistemática de información a través del cual interpretamos la naturaleza y condición de la faceta ocupacional del sujeto evaluado». (Romero, D. y Moruno, P., 2003)

A lo largo de este capítulo trataremos de escudriñar los diferentes aspectos que competen la evaluación ocupacional, como son: cuál es el/los objetivos de la evaluación ocupacional, qué evalúa, en qué momento, con qué herramientas, qué puede aportar al proceso de evaluación y recuperación integral de la persona...

Como inicio cabe decir que el objetivo genérico de esta evaluación es adquirir conocimiento necesario acerca de cuál y cómo es el *desempeño ocupacional* de sujeto objeto de nuestro interés; así cómo y cuál es el contexto en el que el sujeto se maneja ocupacionalmente (cómo ese contexto le interfiere y se puede utilizar terapéuticamente) y cuáles son aquellas ocupaciones, actividades, tareas con las que se siente identificado y que le pueden suponer una herramienta de cambio personal (analizándolas y graduándolas). De esta evaluación desprenderemos el *diagnóstico ocupacional*, que nos habla del hacer de la persona y el *hacer* nos habla del *ser*. Por tanto, si conseguimos acercarnos al hacer de la persona, conseguiremos aproximarnos un poco más su ser, es decir, al sentir, al interpretar, al intercambiar, de proyectarse, etc., de esa persona con su entorno y consigo mismo. De esto se deduce que la evaluación ocupacional arroja información complementaria a la aportada por el resto del equipo multidisciplinar para afinar el diagnóstico psicopatológico y de funcionamiento psicosocial.

La evaluación es parte del proceso de intervención en rehabilitación psicosocial. Todo proceso tiene un inicio, un

nudo y un desenlace y por tanto la evaluación ha de estar presente durante todo ese proceso; la evaluación ocupacional también. Con esto se pretende dejar reflejada la importancia de que la evaluación ocupacional esté presente ya desde el inicio del proceso. Esto ha de ser así para generar vínculo terapéutico con aquella persona con la que se va a trabajar y con la que se va a buscar complicidad en la intervención y porque la evaluación ocupacional tiene su propia idiosincrasia (enfoque, metodología, objetivos, herramientas...) y arroja información específica (que más adelante se desarrollará) y complementaria con otras disciplinas permitiendo al equipo extraer de forma más completa los supuestos primeros sobre las necesidades de tratamiento, a partir de los cuales se articularán las actuaciones posteriores.

## 2. Revisión histórica y marcos de referencia

### Revisión histórica del marco o área

Desde tiempos antiguos se planteaba la ocupación como parte importante para la recuperación de la enfermedad. En una revisión breve de la historia de la ocupación se viene reconociendo la importancia de la misma utilizada con propósito, como medio para poder potenciar las capacidades.

En las **culturas clásicas** se decía que la ocupación era imprescindible para la felicidad humana, para el tratamiento del cuerpo y el alma utilizando juegos, música y ejercicios físicos como eje de la recuperación.

Hasta el **siglo XVIII y XIX** no se comienza a plantear el uso del tratamiento moral en instituciones para enfermos mentales prescribiendo ejercicios físicos y ocupaciones manuales. **Philip Pinel** fue uno de los creadores.

Este tipo de tratamiento comienza a extenderse por otros países sobre todo **hacia Inglaterra y Francia** en instituciones públicas y privadas. Siguiendo a Pinel, **William Tuke** abandona la idea de «atar» a los enfermos mentales y deja que este tipo de pacientes, comiencen a vestirse por ellos mismos e inicien ocupaciones adaptadas a cada uno de ellos.

En **Escocia y a finales de 1830**, el **doctor Browne**, introduce la Terapia Ocupacional como tratamiento, llevando a sus pacientes a «utilizar sus manos de manera útil»

A partir de aquí, se dieron una serie de sucesos sociales y políticos, que fueron modulando la aplicación de la Terapia Ocupacional. Se otorgó doble importancia al hecho de las posibilidades terapéuticas del uso de la ocupación. Ya a **finales del siglo XIX y principios del XX**, un **psiquiatra Adolf Meyer**, establece los fundamentos filosóficos de la TO. Meyer pensaba que gran parte de los trastornos mentales, eran resultados de hábitos o comportamientos desorganizados, que les conducía a no poder hacer una vida normal. Potenció en gran medida la mezcla de trabajo y placer para su recuperación.

Siguiendo este comienzo, otros profesionales como **Susan E. Tracy** enfermera, **Herbert J. Hall** médico, **Eleanor Clarke Slagle** Trabajadora Social, continuaron incidiendo en la importancia de la ocupación propositiva para la recuperación de la función. Eleanor, funda la primera escuela de TO en Chicago en 1915.

En 1915 a su vez **William Rush Dunton Jr.** Psiquiatra, utilizaba la Terapia Ocupacional como tratamiento de los enfermos mentales. Publica el primer texto de Terapia Ocupacional y preside la primera sociedad americana de TO.

**George Edward Barton** arquitecto, defendió los beneficios del tratamiento de la ocupación. Este proceso se vio acrecentado por su propia experiencia al padecer una tuberculosis.

**Durante las guerras mundiales, se emplearon programas de rehabilitación** para los heridos de guerra. Esto supuso una potenciación de la Terapia Ocupacional, reconociendo la actividad terapéutica como parte principal de la profesión. **Howard A. Rusk (1901-1989)**, médico y militar estadounidense, estableció programas de convalecencia para heridos y mutilados de guerra. Esto da lugar a desarrollar las especialidades de Medicina Física y Rehabilitación. A partir de aquí, la TO comienza a repartirse hacia otros ámbitos y campos de aplicación. Se implanta como un sistema de prescripción terapéutica médica orientado a potenciar la función y la independencia en otro tipo de recuperaciones.

Los diferentes acontecimientos históricos han ido modulando el desarrollo progresivo de la TO. **Gary Kielhofner** junto a otros colaboradores, desarrollan un nuevo paradigma de la TO, basado en la naturaleza ocupacional de la persona como determinante del bienestar. Fue revisado y redefinido a principios de los años noventa (1995), organizando los conceptos persona, ocupación y ambiente.

En **España**, se utilizan las ocupaciones y la importancia de las rutinas con enfermos mentales a partir de 1877, por el Padre Menni en Ciempozuelos. Tras esta experiencia positiva, se siguen instaurando en otros hospitales psiquiátricos y comienza a desarrollarse igualmente en los diferentes geriátricos.

A partir de este momento comienza a desarrollarse en otros hospitales públicos y privados, la unidad de Terapia Ocupacional en las distintas áreas de psiquiatría. Así mismo en la década de los setenta se va iniciando la aplicación de la Terapia en ámbitos como la Geriátrica. Hasta 1984 no se incorporan los primeros terapeutas ocupacionales en la ONCE pero catalogados como técnicos de rehabilitación básica. Y en paralelo hacia ámbitos como la drogodependencia y población reclusa.

En 1964 se forma la primera Escuela Nacional de Terapia Ocupacional, sin embargo no es hasta 1990 fecha en la que se reconoce como Diplomado en Terapia Ocupacional. A partir de éste momento, comienza a implantarse en diferentes escuelas de toda España, la diplomatura en Terapia Ocupacional.

La Ciencia de la Ocupación se define como una nueva ciencia social derivada de la Terapia Ocupacional cuyo objetivo principal es el estudio del hombre como ser ocupacional y de cómo los seres humanos llegan a comprender el sentido de su vida a través de la actividad encaminada al logro de objetivos. Está incluida dentro de las ciencias y no entre las humanidades, porque sus métodos de recolección de datos son sistemáticos, disciplinados y sujetos a análisis público. Además está más relacionada con las ciencias sociales que con las físicas porque su objetivo principal tiene que ver con el comportamiento humano (G.<sup>a</sup> Margallo, Aytona 2006)

### 3. Marcos de referencia

Los marcos de referencia aportan teorías sobre el funcionamiento de la persona, tratando de diferenciar el desempeño normal del patológico y de esta manera, facilitar una serie de estrategias y formas de evaluación que ayuden a la recuperación de una adecuada funcionalidad de la persona.

En Terapia Ocupacional existen estos marcos de referencia, tanto a los aplicados a los diferentes tipos de discapacidad. Dado que el tema que nos ocupa es el campo de la Rehabilitación Psicosocial, trataremos de exponer brevemente los marcos a tener en cuenta en este ámbito.

#### *Marcos de Referencia Psicosocial:*

Expondremos los de mayor aplicación en Terapia Ocupacional.

- Marco Conductual (modificación de conducta),
- Cognitivo-conductual,
- Psicoanalítico,
- Humanista (centrado en la persona).

Siguiendo estos marcos de referencia, se sitúan los modelos para la práctica clínica, que tratan de encuadrar y dotar de estrategias que faciliten la recuperación de la función. Estos modelos nos sirven para todo el proceso en la rehabilitación psicosocial, desde la evaluación hasta la fase de intervención, seguimiento y alta de la persona con enfermedad mental.

Se hacen necesarios los modelos de referencia para poder tener un encuadre terapéutico que fundamente y determine el procedimiento terapéutico desde la evaluación, a la par que nos dota de herramientas necesarias para poder tener en cuenta todos los factores y variables que interfieren en un desempeño ocupacional adecuado.

Los **modelos de referencia** de mayor aplicación en Terapia Ocupacional de manera breve son los siguientes:

**Modelo de Ocupación Humana de Gary Kielhofner.** Se centra en la persona como un sistema abierto en continua interacción con el entorno y su capacidad de cambio por esta interacción. Se basa en la capacidad de las personas, en cambiar su capacidad funcional por su desempeño en ocupaciones adecuadas. Dentro de este sistema abierto se incluyen tres subsistemas que lo componen y que interactúan entre sí.

Estos son:

- **Volitivo:** Hace referencia a la voluntad que decide la participación en ocupaciones basadas en sentimientos de autoeficacia, es decir en la capacidad de poder elegir la actividad. Este proceso se lleva a cabo a través de la *causalidad personal* (sentir que uno es capaz de poder hacerlo), *valores* (las convicciones sobre lo que es importante y obligado o no) y los *intereses* (deseos positivos de participación).
- **Habitación:** Organiza la conducta, comprendida por los *roles* y *hábitos*.
- **Ejecución:** La capacidad de organizar y producir la acción con las capacidades *perceptivo motoras*, de *procesamiento* y de *comunicación e interacción*.



Todos estos componentes se encuentran interactuando continuamente con el entorno. Este proceso va a determinar el desempeño ocupacional.

El modelo parte de la base de que todas las personas tienen una Naturaleza Ocupacional es decir, que todos los sujetos tienen una necesidad que les lleva a involucrarse en una ocupación. Esto genera la Conducta Ocupacional. Para que el desempeño ocupacional produzca un sentido de bienestar, se tiene que producir necesariamente un equilibrio entre el automantenimiento, el trabajo y actividades productivas y las actividades lúdicas y de ocio.

Las personas afectadas de algún tipo de limitación funcional como en el caso de la enfermedad mental, se ve mermada su conducta ocupacional, originando por tanto una disfunción ocupacional. Esto no solo produce una limitación funcional concreta, sino que se va a generalizar a todo su proceso de vida y a una interrupción de su ciclo vital y sus expectativas de logro.

Este modelo cuenta con una serie de herramientas de evaluación a las que más adelante haremos referencia.

*Modelo de Adaptación a través de la Ocupación de Reed.* Entiende a la persona como un sistema abierto. Se centra en que la participación de la persona en ocupaciones y las modificaciones del entorno, son los ejes del cambio en la conducta.

Se centra en la evaluación, predicción de problemas, integración de habilidades y adaptación del entorno. Subdivide al entorno en: físico, biopsicológico y sociocultural y considera igualmente las tres áreas ocupacionales: automantenimiento, trabajo y actividades productivas y ocio.

*Modelo de Habilidades Adaptativas de Mosey.* Contempla también la idea del sistema abierto y centra la actividad como la base del cambio. Tiene en cuenta los componentes del desempeño ocupacional.

La práctica en Terapia Ocupacional sigue un eje central comprendido entre.

## PERSONA – OCUPACIÓN – ENTORNO

### 4. Evaluación ocupacional

#### 4.1. Por qué. Justificación de la evaluación ocupacional

Es por todos sabido que la enfermedad mental viene a trastocar el sistema de vida de una persona, bien de forma más repentina bien de manera insidiosa a lo largo del currir vital. No nos compete analizar en estos momentos todo lo que le supone a un individuo y a su entorno convivir con la enfermedad mental, pero sí lo haremos en términos de competencia ocupacional.

«Ser competente significa adecuarse a las demandas de una circunstancia o tarea. Así, las personas que funcionan en el nivel de competencia se centran en la obtención, mejoría y organización de las habilidades en hábitos, con el fin de lograr un desempeño adecuado y consistente. La competencia proporciona al individuo el sentimiento de tener un mayor control personal. La eficacia en las destrezas aumenta a medida que éstas se organizan en rutinas de comportamiento competente. De esta forma, uno va aumentando sus expectativas de éxito» (G.<sup>a</sup> Margallo, P., 2005).

El nivel o grado de competencia así como la satisfacción obtenida con la misma se relativiza, pues depende de quién valore esa competencia y en qué momento. No obstante a esto, la interferencia de la enfermedad mental en el nivel de competencia de una persona es valorado tanto desde fuera como desde la propia persona que padece tal enfermedad, llegando a producirse una situación de **disfunción ocupacional**, esto es: «incapacidad crónica o temporal para manejar y participar en los roles, las relaciones y las ocupaciones esperados de una persona de edad y cultura similar» (G.<sup>a</sup> Margallo., P. 2005). Se produce que la persona puede tener dificultad para definir sus intereses ocupacionales, para realizar acciones encaminadas a esos intereses, que manifiesta una distorsión en la creencia en sus capacidades de ejecución, que le resulta difícil adaptarse a las exigencias de realización del entorno, que pierde la motivación para cuidar de sí mismo, de los suyos, que motóricamente se ve dificultado para manejar su corporalidad de forma adaptativa y efectiva, etc., etc., etc. Sin embargo, siempre existe un estado de salud latente que a veces se ve obstaculizado por la parte más destructiva de la enfermedad y que a través de la indicación terapéutica de determinadas actividades u ocupaciones puede aflorar y potenciarse.

Si el objetivo general de rehabilitación es conseguir que las personas con EMC adquieran, recuperen o mantengan las habilidades necesarias para vivir en su entorno en las mejores condiciones posibles de calidad de vida y autonomía, cualquier intervención que vaya en esta dirección, está ya sobradamente justificada.

El grado de independencia para la ejecución de actividades, constituye en sí un destacado predictor del curso y pronóstico de la enfermedad, para conseguir llevar una vida lo más normalizada posible.

Interviniendo en actividades se puede decir que no sólo se mejoran considerablemente aspectos específicos relacionados con éstas, sino que también ésta intervención, repercute directamente en la autoestima de la persona, así como en el concepto que los demás tienen de sí misma.

Así mismo, se obtendrá una mayor y mejor competencia personal y social mejorando y/o creando unos hábitos de vida adecuados.

Paralelamente se contribuirá a la mejora de las relaciones familiares, limándose posibles problemas de convivencia dando paso a nuevas fórmulas de interacción, se mejoran las relaciones sociales con la posibilidad de crear nuevos vínculos y una red social alternativa.

De esta manera además, se facilita una organización del tiempo, lo que le da un sentido de utilidad a los días. Es común que la persona con enfermedad mental crónica, viva todos los días iguales, sin distinción alguna lo que conlleva a toda pérdida de rol.

La Terapia Ocupacional, analiza y gradúa la actividad, produce cambios adaptativos en el entorno y facilita a la persona un espacio terapéutico a través de la ocupación. Todo para llegar al equilibrio en el desempeño ocupacional de la persona.

Se hace necesario, por tanto, llevar a cabo de forma continuada la evaluación ocupacional (ya definida con anterioridad y explicada en sucesivos apartados) con el fin de afinar qué tipo de desempeño ocupacional presenta la persona afectada por enfermedad mental, así como el análisis de las actividades de la vida diaria, el contex-

to donde se van a desarrollar esas actividades y la interacción producida entre esos tres factores (persona, ocupación y contexto). Conociendo el desempeño ocupacional actual y las expectativas ocupacionales del sujeto, podremos apuntar las indicaciones terapéuticas oportunas para la recuperación ocupacional de la persona con enfermedad mental.

## 4.2. Para qué

### Objetivos generales

Desde la derivación del paciente al programa de rehabilitación, se ha de producir necesariamente un vínculo terapéutico con el recurso y con los profesionales que lo conforman, dado que si se facilita lo máximo posible la adhesión a dicho recurso dará lugar a una intervención más eficaz. Esta cuestión, aunque se debe tener en cuenta en todo momento, será en la fase inicial donde se la deberá poner mayor énfasis. Es imprescindible para ello, contar con las diferentes variables que pueden interferir en el proceso de adherencia, tales como la resistencia personal inicial, miedos, expectativas erróneas, instigación familiar, etc., que presenta habitualmente la persona cuando comienza a acudir al programa rehabilitador.

Bajo esta premisa de vínculo segurizante, colaborador, etc., es desde donde vamos a tratar de alcanzar los objetivos de la evaluación ocupacional, que en términos generales son perfilar el *diagnóstico ocupacional* o *perfil ocupacional* y construir, a partir de ese diagnóstico y contando con la conveniencia del usuario, el *plan de intervención de terapia ocupacional*. Este vendrá a complementar el Plan Individualizado de Rehabilitación global del usuario dentro del recurso de rehabilitación. Tanto el diagnóstico ocupacional como el plan de intervención ocupacional se han de ir analizando y redefiniendo a lo largo del proceso de intervención a través de la evaluación continuada.

Rogers y Holm (1992, 1997) comprenden el *diagnóstico ocupacional* en cuatro componentes:

- Componente descriptivo: nos habla del tipo y grado de desempeño en las diferentes áreas ocupacionales.
- Componente explicativo: nos habla de las alteraciones en los componentes de ejecución de la actividad o tarea, esto de los componentes cognitivos, sensorio-motor, psicosocial y ambiental.
- Evidencias o indicios: nos hablan de los signos que nos inducen a elaborar el componente explicativo anterior y están relacionados igualmente con los componentes de ejecución ocupacional.
- Información diagnóstica adicional: nos habla de la etiología, pronóstico, etc., del cuadro clínico, así como de otros procesos patológicos, dinámicas familiares, etc., que quizás estén relacionados con la problemática ocupacional.

El *plan de intervención ocupacional*, en el que se refleja el perfil ocupacional, se describe en el siguiente cuadro (AOTA, 2002):

## EVALUACION

### *Perfil ocupacional*

1. ¿Quién es el cliente?
2. ¿Por qué el cliente busca los servicios?
3. ¿Qué ocupaciones y actividades son exitosas o cuáles están causando problemas?
4. ¿Qué entornos apoyan o inhiben los resultados deseados?
5. ¿Cuál es la historia ocupacional del cliente?
6. ¿Cuáles son las prioridades u objetivos del cliente?

### *Análisis del desempeño ocupacional*

1. Resuma la información del perfil ocupacional
2. Observe el desempeño del cliente en la actividad/ocupación deseada
- 3 y 4. Tome nota de la efectividad de las destrezas y patrones de desempeño y seleccione las valoraciones para identificar los factores (entorno o entornos, demandas de actividad, características del cliente) que puedan estar influyendo en las destrezas o patrones de desempeño.
5. Interprete los datos de las valoraciones para identificar los factores que favorecen o entorpecen el desempeño.
6. Desarrolle y perfeccione las hipótesis sobre los aspectos más fuertes y más débiles del desempeño ocupacional.

Colabore con el cliente para fijar objetivos que dirijan a conseguir dichos resultados  
 Describa las áreas sobre las cuales se hará la intervención basada en la mejor práctica y en las pruebas.

## INTERVENCIÓN

### *Plan de Intervención*

- 1 y 2. Desarrolle un plan que incluya: Metas objetivas y que sean cuantificables en un plazo. Un enfoque de la intervención en TO basado en la teoría y en las pruebas y (mecanismos para la prestación del servicio)
- 3 y 4. Considere las necesidades de planificar y dar el alta
5. Seleccione medidas de resultado
6. Haga recomendaciones o refiera a otros cuando sea necesario

### *Implementación de la intervención*

1. Determine los tipos de intervenciones de Terapia Ocupacional y llévelas a cabo.
2. Controle la respuesta del cliente con valoraciones continuas y revalorando.

## RESULTADOS

1. Revisión de la intervención.
2. Reevalúe el plan que planeó para lograr los resultados previstos.
3. Modifique el plan cuando sea necesario.
4. Determine las necesidades de continuar, suspender o remitir.

1. Involucrarse en una ocupación para estar activo
2. Céntrese en los resultados sobre como ellos relacionan el involucrarse en ocupaciones para estar activo.
3. Selección medidas de los resultados
4. Mida y utilice los resultados.

### 4.3. Qué

Evaluamos: Áreas ocupacionales y componentes de ejecución

- Sujeto: Desempeño y componentes. Roles
- Entorno: Ambiente ocupacional
- Actividad: Qué requiere y componentes de ejecución.

Como se ha explicado con anterioridad, la Terapia Ocupacional trata de conocer a través de su evaluación específica, cómo es el desempeño ocupacional del sujeto con el que se va a trabajar. Para aproximarse a este conocimiento, ha de analizar cuál y cómo es el proceso ocupacional en la vida de esa persona.

Se entiende por proceso ocupacional «el conocimiento de cómo ocurren las ocupaciones y cómo son las expectativas subjetivas de los individuos en sus actuaciones ocupacionales. Se trata de entender a cada persona realizando las ocupaciones a su modo (Nelson, 1998)».

Para ello, la TO centra su análisis e intervención sobre los componentes de ejecución de las diferentes ocupaciones, así como de la conservación o no de esas competencias de ejecución en la persona a la que va dirigido el tratamiento y el modo de interacción entre ambos dentro de un entorno concreto, es decir, la dinámica del proceso ocupacional.

Por tanto, los componentes de la evaluación ocupacional van a ser:

**PERSONA, OCUPACIÓN Y CONTEXTO DE EJECUCIÓN O AMBIENTE DE COMPORTAMIENTO OCUPACIONAL (ENTORNO).**

Por **OCUPACIÓN** se entiende «el grupo de actividades y tareas de cada día, las cuales son determinadas y organizadas. El valor y el significado que adquieren viene dado por el individuo y su cultura» (Asociación Canadiense de TO), añadiendo también que «son todas las cosas que la gente hace para ocuparse, incluyendo cuidar de sí mismo, disfrutar de su tiempo libre y contribuir para la construcción social y económica de su comunidad».

Por **ACTIVIDAD** se entiende como «secuencia integrada de tareas que acontecen en una ocasión específica, durante un periodo limitado de tiempo y con un propósito particular. Consiste en el uso de la actividad intencionada, es decir, con un significado y dirigida a un propósito determinado, para facilitar un cambio positivo en el nivel funcional de la persona» (Abril, 05. Temario oposición TO. Apeto).

Desde TO se habla de dos tipos de ocupación. Por un lado las ocupaciones que la persona realiza encaminadas hacia sí mismo y por otro las que la persona realiza encaminadas a otros. Partiendo de esto, la Terapia Ocupacional reagrupa las actividades del ser humano en tres *áreas ocupacionales*:

Por **PERSONA**. Es condición indispensable para poder trabajar terapéuticamente con una persona el acceso a las ciencias básicas, que nos permiten el conocimiento del ser humano (psicología evolutiva y general, anatomía, neurología, fisiología, ciencia de la ocupación, etc) y de las cien-

cias aplicadas que nos permiten el conocimiento de la disfunción (psiquiatría, patología médica, patología neurológica, etc).

Desde la formación en esas ciencias y en la ciencia de la ocupación, la TO trata de estudiar e intervenir sobre lo que experimentan las personas cuando realizan una ocupación, percibiendo la continua influencia de su conducta en la acción así como en el entorno (Matilla, 2004). Se concibe a la persona, por tanto, como realizadora activa del desarrollo de la acción para conseguir lo que espera, imagina opciones y realiza elecciones que la conducen a reorganizarse y continuar la acción (Matilla, 2004).

Sin embargo, ¿qué es lo que impulsa a un sujeto hacia a llevar a cabo determinada ocupación? Para dar respuesta a esto nos debemos remitir a los componentes de ejecución mencionados y trasladarlos al conocimiento del ser humano, esto es, el ser humano funciona a tres niveles que se interrelacionan y que son:

- \* Acción (la praxis): componentes físicos que comprenden habilidades motoras, sensitivas y sensitivomotoras.
- \* Pensamiento: componentes cognitivos del intelecto, de la percepción, de la comprensión, etc.
- \* Sentimiento: componentes afectivos relacionados con las áreas emocionales y sociales.

Estos tres niveles del ser y del actuar de la persona están íntimamente relacionadas con el entorno en que vive, ya que ahí entran en juego el cómo se percibe la praxis, el valor social otorgado, el lugar que ocupa dentro de los valores de la comunidad, etc.

## 5. Áreas ocupacionales

### 5.1. Actividades de la vida diaria (Automantenimiento). El resultado de la actividad revierte en uno mismo

1. **Higiene personal.** Obtener y usar provisiones para afeitarse; maquillarse y desmaquillarse; lavar, secar, peinar y cepillar el cabello; cuidado de las uñas, cuidado de la piel; aplicarse desodorante, depilarse.
2. **Higiene oral.** Obtener y usar provisiones; limpiar dientes y boca, quitar, limpiar y volver a colocarse dentadura postiza.
3. **Baño/Ducha.** Obtener y usar provisiones; enjabonar, enjuagar y secar todas las partes corporales, mantener la posición para el baño; trasladarse al baño.
4. **Higiene en el wc.** Obtener y usar provisiones; arreglarse la ropa, pasar a la posición para orinar y defecar, desde ella mantenerla en inodoro u orinal; limpiarse; higiene menstrual y continencia (incluyendo catéteres, colostomias y manejo de supositorios).
5. **Cuidado de objetos / dispositivos personales.** Cuidar y limpiar de utensilios personales, tales como audífonos, lentes de contacto, gafas, ortesis, prótesis, equipo adaptado y dispositivos contraceptivos y sexuales.
6. **Vestido.** Seleccionar ropa y accesorios apropiados para la hora del día, tiempo y ocasión. Obtener ropa del lugar de almacenamiento. Vestirse de forma secuenciada, abrocharse y arreglarse la ropa y el calzado. Hacer



el proceso inverso. Ponerse y quitarse equipamiento de ayuda o adaptativo, prótesis y ortesis.

7. **Alimentación.** Servir la comida; usar los utensilios y vajilla adecuada; llevarse la bebida y comida a la boca; lavarse las manos y cara; chupar, masticar, toser y tragar; y manejo de métodos alternativos de alimentación.
8. **Medicación.** Obtener la medicación; abrir y cerrar envases; tomar cantidades prescritas en el horario. Informar sobre efectos secundarios y administrar la cantidad concreta, utilizando los métodos prescritos.
9. **Mantenimiento de la salud.** Desarrollar y mantener rutinas para prevenir la enfermedad y para promover bienestar, como, mantenerse en forma y disminuir los comportamientos que ponen en riesgo la salud.
10. **Sueño.** Horarios y calidad del sueño. Tratamiento o no farmacológico inductor del sueño. Rutina del sueño. Alternativas al insomnio.
11. **Socialización.** Interactuar de manera apropiada contextual y culturalmente.
12. **Comunicación funcional.** Usar equipamiento o sistemas para enviar y recibir información, tal como equipamiento para escribir, sistema braille, sistemas de comunicación aumentativos y ordenadores, sistemas de emergencia, llamadores, dispositivos de telecomunicación para sordos.
13. **Movilidad funcional.** Trasladarse de una posición o lugar a otro, como la movilidad en la cama, movilidad en la silla de ruedas, transferencias (cama, silla, inodoro, bañera/ducha, coche) y realizar desplazamientos funcionales y transportar objetos.
14. **Movilidad en la comunidad.** Moverse en la comunidad, usar transportes públicos y privados.
15. **Respuestas a situaciones urgentes.** Reconocer situaciones peligrosas, repentinas o inesperadas e iniciar las acciones adecuadas para reducir la amenaza que supone para la salud y seguridad.
16. **Expresiones sexuales.** Tomar parte en actividades sexuales deseadas.

## 5.2. Trabajo y actividades productivas. Actividades con propósito, el autodesarrollo, contribución social y sustento. El resultado de la actividad revierte no sólo en uno mismo, sino también en los otros

1. **Manejo del hogar.** Obtener y mantener las posesiones personales y de la familia y entorno.
  - a. **Cuidado de la ropa.** Obtener y usar provisiones. Seleccionar, lavar, doblar, planchar, guardar, arreglar (coser).
  - b. **Limpieza.** Obtener y usar provisiones, recoger, pasar la aspiradora, barrer, limpiar el polvo, fregar, pasar bayeta, hacer camas, limpiar cristales y sacar basura.
  - c. **Preparación de comida.** Planificar comidas nutritivas, preparar y servir la comida; abrir y cerrar envases, armarios y cajones; usar utensilios de cocina y electrodomésticos; limpiar y guardar comida.

- d. **Hacer las compras.** Hacer listado de compras de todo tipo. Seleccionar y comprar artículos. Elegir la forma de pago y llevarlo a cabo.
  - e. **Manejo del dinero.** Hacer presupuestos, pagar cuentas y usar sistemas bancarios.
  - f. **Mantenimiento de la casa.** Cuidar la casa, jardín, patio, electrodomésticos y/u obtener la asistencia adecuada.
  - g. **Control de riesgos.** Conocer y realizar procedimientos de prevención y emergencia, para mantener un ambiente seguro y prevenir lesiones.
2. **Cuidado de los otros.** Cuidar a los hijos, cónyuge, padres u otros, tal como cuidados físicos, alimentación, comunicación y uso de actividades apropiadas a la edad.
  3. **Actividades educativas.** Participar en un entorno de aprendizaje a través de la escuela, la comunidad, formación continuada, así como explorar intereses educativos.
  4. **Actividades vocacionales.** Participar en actividades relacionadas con el trabajo.
    - a. **Exploración vocacional.** Determinar aptitudes, destrezas, desarrollar intereses y seleccionar metas vocacionales apropiadas.
    - b. **Adquisición de empleo.** Identificar y seleccionar oportunidades de trabajo, completar los procesos de solicitud y de entrevista.
    - c. **Ejecución del empleo o trabajo.** Desempeñar tareas en el tiempo apropiado y de una manera efectiva, incorporando los comportamientos necesarios para el trabajo.
    - d. **Planificación de la jubilación.** Determinar aptitudes, intereses, destrezas e identificar metas no vocacionales apropiadas.
    - e. **Participación en voluntariado.** Realizar actividades no remuneradas en beneficio de determinados individuos, grupos o causas.

## 5.3. Actividades lúdicas y de ocio

Realizar actividades intrínsecamente motivadoras como entretenimiento, relajación, diversión espontánea o expresión personal. El resultado de la actividad puede revertir en los otros o realizarse con otros o individualmente.

1. **Exploración lúdico y de ocio.** Identificar intereses, destrezas, oportunidades y actividades de ocio apropiadas.
2. **Desempeño lúdico y de ocio.** Planificar y participar en actividades lúdicas. Mantener un equilibrio entre las actividades lúdicas, las de trabajo y productivas y las de la vida diaria. Obtener, utilizar y mantener el equipo y los accesorios.

A su vez se establece otra categorización de las acciones que la persona lleva a cabo día a día y que trata de dar explicación a la función que cumple esa acción en la vida personal y social del sujeto:

- Rol: papel del sujeto en un entorno que conlleva una serie de ocupaciones (ej.: rol de cuidador del hogar)
- Ocupación: conjunto de actividades encaminadas al cumplimiento de ese rol (ej. Cocina). Estado de equilibrio del ser humano.



- Actividades: conjunto de acciones que comprenden esa ocupación (ej.: cocinar, comprar la comida). Acción productiva.
- Tareas: conjunto de acciones que comprende una actividad (ej.: lavar los alimentos, cortarlos, cocerlos...). Elemento o componente de una actividad.

Cada ocupación, actividad, tarea lleva implícitas una serie de demandas de realización que la persona ha de conservar, recuperar o adquirir para poder desempeñar esa ocupación, actividad, tarea. Esas demandas se denominan *componentes de ejecución*.

## 6. Componentes de ejecución

### 6.1. Componente sensomotor.

La habilidad para recibir estímulos, procesar información y producir una respuesta

#### 1. Integración sensorial.

- a. **Conciencia sensorial.** Recibir y diferenciar los estímulos sensoriales.
- b. **Procesamiento sensorial.** Interpretación de estímulos sensoriales.
  1. **Táctil.** Interpretar tacto superficial, presión, temperatura, dolor, vibración mediante el contacto con la piel y sus receptores.
  2. **Propioceptivo.** Interpretar los estímulos que se originan en los músculos, articulaciones y otros tejidos internos para dar información acerca de la posición de una parte corporal en relación con otra.
  3. **Vestibular.** Interpretar los estímulos de los receptores del oído interno en relación a la posición y moviendo de la cabeza.
  4. **Visual.** Interpretar los estímulos mediante los ojos, incluyendo la visión y agudeza periféricas, consciencia de color.
  5. **Auditivo.** Interpretar sonidos y discriminar sonidos de fondo.
  6. **Gustativo.** Interpretar sabores.
  7. **Olfativo.** Interpretar olores.
- c. **Proceso perceptual.** Organización de los estímulos sensoriales dándole significado dentro de un patrón.
  1. **Esterognosia.** Identificar objetos a través de la propiocepción, cognición y el sentido del tacto.
  2. **Quinestesia.** Identificar la amplitud y dirección del movimiento articular.
  3. **Nocicepción.** Interpretar los estímulos dolorosos.
  4. **Esquema corporal.** Adquirir una conciencia interna del cuerpo y la relación de las diferentes partes del cuerpo entre sí.
  5. **Discriminación derecha/izquierda.** Diferenciar un lado del cuerpo del otro.
  6. **Constancia de forma.** Reconocer formas y objetos como los mismos, colocados en diferentes posiciones, tamaños y ambientes.

7. **Posición en el espacio.** Determinar la posición espacial de objetos en relación a uno mismo y a otras formas y objetos.
8. **Cierre visual.** Identificar formas y objetos cuando se presenten incompletas.
9. **Figura/fondo.** Diferenciar formas y objetos colocados en diferentes planos.
10. **Percepción de profundidad.** Determinar la distancia existente entre objetos, figuras, señales y el observador, y los cambios en los planos de las superficies.
11. **Relaciones espaciales.** Determinar la posición de los objetos en relación a sí mismos.
12. **Orientación topográfica.** Ubicar objetos y ambientes y describir el recorrido hasta los mismos.

#### 2. Neuromuscular

- a. **Reflejo.** Presentar una respuesta muscular involuntaria causada por un estímulo sensorial.
- b. **Amplitud de movimiento.** Mover las partes corporales a través de un arco.
- c. **Tono muscular.** Manifestar un grado de tensión o resistencia en un músculo en reposos y como respuesta a un estiramiento.
- d. **Fuerza.** Manifestar un grado de potencia muscular cuando se resiste el movimiento con objetos o gravedad.
- e. **Tolerancia.** Sustener un esfuerzo cardíaco, pulmonar y músculo esquelético, durante un periodo de tiempo.
- f. **Control postural.** Usar las reacciones de enderezamiento y equilibrio para mantener un balance mientras se realizan los movimientos funcionales.
- g. **Alineación postural.** Mantener la integridad biomecánica entre las diferentes partes del cuerpo.
- h. **Integridad del tejido blando.** Mantener la condición anatómica y fisiológica de los tejidos intersticiales y la piel.

#### 3. Motor

- a. **Coordinación motora gruesa.** Usar grupos musculares grandes para realizar movimientos controlados, dirigidos a un fin o intencionados.
- b. **Cruzar la línea media.** Mover los miembros y ojos cruzando el plano sagital del cuerpo.
- c. **Lateralidad.** Utilizar preferentemente una parte corporal unilateral en las actividades que requieren un alto grado de destreza.
- d. **Integración bilateral.** Coordinar ambos hemicuerpos durante la realización de una actividad.
- e. **Control motor.** Utilizar el cuerpo en patrones de movimiento funcionales y versátiles.
- f. **Praxia.** Concebir y planificar un nuevo acto motor en respuesta a una demanda del ambiente.
- g. **Coordinación motora fina y destreza.** Usar grupos musculares pequeños, particularmente en la manipulación de objetos.
- h. **Integración viso-motora.** Coordinar la interacción de la información de los ojos con el movimiento del cuerpo durante la actividad.
- i. **Control oral motor.** Coordinar la musculatura orofaríngea para lograr movimientos controlados.

## 6.2. Integración cognitiva y componentes cognitivos. La habilidad para usar las funciones superiores

1. **Nivel de alerta («arousal»).** Demostrar estar alerta y atento e interesado a los estímulos del entorno.
2. **Orientación.** Identificar persona, lugar, tiempo y situación.
3. **Reconocimiento.** Identificar caras familiares, objetos y otros materiales presentados previamente.
4. **Tiempo de atención.** Concentrarse en una tarea durante un periodo de tiempo.
5. **Iniciación de la actividad.** Comenzar una actividad física o mental.
6. **Terminación de la actividad.** Finalizar una actividad en el momento apropiado.
7. **Memoria.** Recordar la información después de un período largo o corto de tiempo.
8. **Secuenciación.** Ordenar la información, conceptos y acciones.
9. **Categorización.** Identificar las similitudes y las diferencias de la información del retorno.
10. **Formación de conceptos.** Organizar una variedad de información para formar pensamientos o ideas.
11. **Operaciones intelectuales en el espacio.** Imaginar las relaciones de varios objetos en el espacio.
12. **Resolución de problemas.** Reconocer un problema, definir un problema, identificar planes alternativos, seleccionar un plan, organizar los pasos de un plan, desarrollar un plan y evaluar el resultado.
13. **Aprendizaje.** Adquirir nuevos conceptos y conductas.
14. **Generalización.** Aplicar conceptos y comportamientos aprendidos previamente a una variedad de situaciones nuevas.

## 6.3. Habilidades psicosociales y componentes psicológicos. Habilidad para interactuar en la sociedad y procesar emociones

1. **Psicológicos**
  - a. **Valores.** Identificar ideas o creencias que son importantes para uno mismo y para los demás.
  - b. **Intereses.** Identificar actividades mentales o físicas que nos gratifican y mantienen nuestra atención.
  - c. **Concepto de sí mismo.** Desarrollar el valor de sí mismo físicamente, emocionalmente y sexualmente.
2. **Sociales**
  - a. **Ejecución del rol.** Identificar, mantener y equilibrar las funciones que uno asume o adquiere en la sociedad.
  - b. **Conducta social.** Interactuar usando modales, espacio personal, contacto visual, gestos, escucha activa y expresión personal, apropiados al contexto.

- c. **Habilidades interpersonales.** Capacidad de utilizar la comunicación verbal y no verbal, para interactuar en diferentes situaciones.
- d. **Expresión personal.** Utilizar una variedad de estilos y habilidades para manifestar pensamientos, sentimientos y necesidades.
- e. **Manejo de sí mismo.**
  1. **Habilidades de afrontamiento.** Identificar y manejar el estrés y los factores relacionados.
  2. **Manejo del tiempo.** Planificar y participar en actividades de autocuidado, trabajo, ocio y descanso, de una manera equilibrada para promover satisfacción y salud.
  3. **Autocontrol.** Modificar nuestra propia conducta en respuesta a las necesidades ambientales, exigencias, limitaciones, aspiraciones personales y feedback (retroalimentación) de los demás.

Desde la Terapia Ocupacional se entiende la **actividad como un instrumento mediador** entre la **competencia** (adecuación a las demandas de una circunstancia o tarea) y la **disfunción ocupacional** (una incapacidad crónica o temporal para manejar y participar en los roles, las relaciones y las ocupaciones esperadas de una persona de edad y cultura similar (G.<sup>a</sup> Margallo, P., 2005). Entendiendo de este modo la actividad, hemos de **analizarla y graduarla** para saber en qué medida y cómo podremos utilizarla de tal modo que un sujeto realizando esa determinada actividad, no sólo recupere el desempeño de esa actividad sino que además recupere la competencia y por tanto la recuperación ocupacional, es decir, recupere áreas ocupacionales y componentes de ejecución (**síntesis y adaptación de la actividad**). Entendemos por tanto la actividad, como medio y como fin.

Ejemplo: actividad terapéutica «pintura».

Como fin: incorporarla dentro de su repertorio de actividades lúdicas, culturales o de ocio.

Como medio: potenciar componentes de ejecución cognitivos tales como generar pensamientos e ideas nuevas (pensamiento creativo), orientación espacial, atención, atención sostenida, iniciar una actividad, etc.

La actividad deberá ser por tanto, propuesta con propósito y con significado para la persona. Esto despertará la motivación de la persona para su realización. Se debe tener en cuenta que las personas buscan de actividades conectadas a sus intereses y preferencias. Si esto no se produjera, no ocurriría ningún tipo de desempeño.

Las personas con enfermedad mental crónica tienen especiales dificultades en poder recuperar la suficiente motivación para el desarrollo de las actividades de la vida diaria y el resto de tareas. Este proceso supone un handicap más, cuando de lo que se trata es de recuperar la rutina y el planteamiento de actividades.

Si se proponen actividades basadas en escasos y nulos intereses de la persona, podrán provocar una escasa participación por parte de la misma. Sin embargo, si se producen actividades con propósito, dará lugar a una mejor adaptación de la persona hacia el cambio positivo en su desempeño ocupacional.

## 7. Contextos de ejecución o ambiente de comportamiento ocupacional

«El entorno es una suma de fenómenos que rodean a una persona e influyen en su desarrollo y forma de vida» (Mosey, 1986).

El conocimiento de este entorno por parte de la TO conduce a la formulación del *contexto de ejecución*: marco en el que se produce la interrelación entre los aspectos referentes al sujeto y su posible patología y los vinculados al entorno, determinando así las posibilidades de desarrollo ocupacional.

La valoración de la función en las áreas ocupacionales está influenciada en gran medida por los contextos en que el individuo debe realizarlas. Los terapeutas ocupacionales consideran los contextos de ejecución cuando determinan si la intervención es viable y apropiada.

Los terapeutas ocupacionales pueden elegir intervenciones basadas en una comprensión de los contextos o intervenciones directamente dirigidas a modificarlos para mejorar la ejecución.

### a. Aspectos temporales

1. **Edad cronológica.** La edad del individuo
2. **Edad de desarrollo.** Estadio o fase de maduración
3. **Ciclo de la vida.** Situación en las fases importantes de la vida como ciclo del profesional, ciclo de maternidad o del proceso educativo.
4. **Status (gravedad) de la discapacidad.** Situación en el continuo de discapacidad, como lesión aguda, cronicidad de la discapacidad o la naturaleza terminal de la enfermedad.

### b. Entorno

1. **Físico.** Aspectos no humanos de los contextos. Incluye la accesibilidad o ejecución dentro de entornos como espacios naturales, plantas, animales, edificios, muebles, objetos, herramientas o dispositivos.
2. **Social.** Disponibilidad y expectativas de las personas significativas, como la pareja, amigos y cuidadores. También incluye grandes grupos sociales que influyen en el establecimiento de normas, expectativas de los roles y las rutinas sociales.
3. **Cultural.** Costumbres, creencias, patrones de actividad, niveles de comportamiento y expectativas aceptadas por la sociedad y que pasan de una generación a otra a través de una educación formal o informal.

El contexto de ejecución puede ser un factor en algunos casos determinante en el tipo de desempeño ocupacional de una persona, dado que la identidad personal como ser activo / pasivo se va construyendo desde la interacción con otros. Además de que las condiciones físicas en las que se realiza cierta ocupación pueden facilitarla o entorpecerla.

Así, no es lo mismo tratar de recuperar el **rol de cuidador del hogar** con un usuario de un **Centro de Rehabilitación Psicosocial** de tipo ambulatorio viviendo el sujeto en el domicilio familiar que en un **Centro**

**Penitenciario** (institución cerrada, con espacios íntimos muy reducidos, con reducida libertad de elección ocupacional, etc). Para adaptar adecuadamente nuestra intervención a las necesidades personales y a las condiciones del entorno habremos de conocer bien éste. Por tanto, tendremos que saber qué nos ofrecen los diferentes entornos y qué nos restan para poder llevar a cabo la intervención. Esto es, siguiendo con nuestro ejemplo: qué valor le da la familia y qué valor le da la institución penitenciaria al hecho de que esa persona haga las compras, limpie el espacio, cuide la ropa...; con qué medios cuenta esa persona en su casa o en el centro penitenciario para poder llevar a cabo esas tareas (acceso a la lavadora, a los productos de limpieza, al material para coser la ropa, etc). Conociendo el contexto de ejecución y las necesidades ocupacionales del sujeto, podremos **adaptar el entorno** de modo que esas necesidades se vayan modificando y reduciendo, facilitando así un espacio terapéutico de cambio.

Terminología uniforme para Terapia Ocupacional.

Traducido y revisado por las profesoras del Departamento de TO de la Escuela Universitaria de Cruz Roja. Terrasa. Barcelona.

Fuente:

- Uniform Terminology-Third Edition, The American Occupational Therapy Association, 1994.
- Willard & Spackman's Occupational Therapy 9.<sup>a</sup> Edición, 1997.

### 7.1. Cuándo

La evaluación en rehabilitación psicosocial ha de ser un continuo y por tanto, la parte de evaluación ocupacional. Como ya se ha reflejado en este capítulo con anterioridad, esta evaluación se ha de empezar desde el inicio del contacto del usuario con el recurso y se ha de mantener durante todo el proceso de rehabilitación, entendiéndola como un proceso circular (Creek, 1997), puesto que se produce en distintos momentos y de forma cíclica a lo largo de toda la intervención con el usuario.

El proceso circular de la evaluación ocupacional se desarrolla, según propone Neistadt (1998), en una secuencia general constituida por los siguientes pasos:

- Revisión de informaciones preliminares
- Entrevista con el sujeto o personas vinculadas a él/ella
- Observación de las áreas de ejecución ocupacional prioritarias para el sujeto.
- Evaluación de las destrezas que componen las áreas que parecen problemáticas durante la ejecución ocupacional.
- Sintetización y resumen de los datos recabados durante la totalidad del proceso de evaluación.

Esta secuenciación de la evaluación aparece en los tres tiempos en los que se estructura el proceso: evaluación inicial, evaluación continuada y valoración de resultados.

\* **Evaluación Inicial:** Comienza con la derivación del paciente al recurso donde iniciará el programa de rehabilitación. Trata de ser un inicio de recogida de información, por lo que resulta de vital importancia que se pro-



duzca un buen enganche terapéutico (lo analizaremos más adelante en mayor extensión) que proporcionará una información ajustada a su realidad.

Lo que se valora en esta fase inicial desde Terapia Ocupacional, está centrado en explorar el pasado, presente y las expectativas de futuro del usuario (sujeto), en todas las áreas de su vida diaria (autocuidados, cuidados del entorno, ocio individual y grupal, relaciones sociales, amicales y familiares, trabajo, aficiones, gestiones, desplazamientos, etc) y en base a los pilares de volición, habituación y ejecución.

Además de valorar lo referido, se exploran los eventos críticos de vida como puede ser el inicio de enfermedad de forma somera, ya que de una manera específica lo evalúa el psicólogo. Así mismo, se evalúa de la misma manera la valoración que hace de su vida familiar, de comisión de delito en el caso de centro penitenciario, etc. A su vez se explora sobre las expectativas de vida futura: si existen, si trabaja hacia ellas, si cumple con las responsabilidades que conllevan ciertos cambios, etc. Se indaga sobre los ambientes ocupacionales a lo largo de su vida y en el curso de la enfermedad.

Esta recogida de información se realiza a través de la Entrevista de Historia Ocupacional por un lado y del Perfil Narrativo de vida. Estas se obtienen por medio de entrevista directa y guiada, obteniendo el gráfico de vida (valorando desde una visión subjetiva los datos objetivos analizados).

A pesar de que todo el equipo multidisciplinar evalúa desde los diferentes contextos, a nivel grupal e individual recogiendo como se desarrolla la persona en los diferentes programas, es el TO y el Psicólogo en quienes recae una parte de evaluación más concreta, definida y que entronca con áreas complejas. Se da la circunstancia en general, que la persona apenas ha tenido la oportunidad de poder mencionar como es el desarrollo de sus actividades de la vida diaria y las áreas más de carácter clínico.

La información inicial recogida tanto del desempeño en las áreas ocupacionales como de las áreas de carácter clínico, serán las contrastadas con las aportadas por la familia. En muchos casos, la familia presenta una información que nada tiene que ver con el desempeño real del usuario y en otras ocasiones, sucede a la inversa.

Siempre que se puede, se debe recoger la información de este desempeño, desde el contexto real del usuario. Se efectuarán visitas al domicilio o lugar de residencia siempre que se pueda dado, que el desarrollo de las actividades de vida diaria reales de la persona en muchos casos, nada tiene que ver con lo que verbaliza. Estas visitas se consensúan con el usuario y la familia en el caso de que el contexto lo permita, ya que en bastantes ocasiones no lo permiten o cueste tiempo llegar a conseguirla. En este caso se pospone para un momento más permeable. Estas visitas siempre que se puedan se seguirán manteniendo durante el proceso de intervención y en la evaluación continuada, para trabajar los objetivos terapéuticos.

Una vez recogida la información del Psicólogo y TO, junto con la aportada por la familia recogida por el Trabajador Social, se plantea el PIR (Plan Individualizado de Rehabilitación) marcando los objetivos de rehabilitación.

En estos casos se pospone a momentos más adecuados.

Como hemos estado insistiendo de los datos recabados en la evaluación ocupacional inicial podemos:

- Interpretar los problemas y necesidades del sujeto evaluado (hipótesis iniciales)
- Establecer un punto de arranque, una referencia con la que contrastar la posterior evolución del caso.
- Elaborar las metas y objetivos iniciales, construyendo un plan individualizado de tratamiento desde la TO.
- Perfilar los espacios terapéuticos (actividades, talleres, programas, etc) en los que podría ser incluido inicialmente el sujeto (Dulce y Moruno, 2003).
- Creación del vínculo terapéutico. Fundamental para el inicio y posterior intervención terapéutica.

Por tanto en cuanto al desempeño ocupacional, podemos ver:

- Áreas ocupacionales de especial dificultad de ejecución por parte del usuario y qué situaciones generan y mantienen esas dificultades.
- Áreas ocupacionales que no representan problema en su ejecución para el sujeto, potenciando así su realización y generando situaciones favorecedoras que se puedan hacer extensivas a las áreas problema.
- El nivel ocupacional premórbido del sujeto: grado de competencia y satisfacción en el desempeño, tipo de ocupaciones llevadas a cabo, actividades de mayor interés, habituación, etc.
- Necesidades y expectativas ocupacionales del sujeto, igualmente de su entorno social y cultural, pues es ahí donde llevará a cabo sus ocupaciones futuras.

\* **Evaluación continuada:** A lo largo de todo el proceso de intervención se realiza una evaluación continuada de todo lo recogido en la fase inicial. Se trata de ir comprobando si se van produciendo avances en los objetivos planteados en el PIR y si las estrategias planteadas son las adecuadas o bien si las condiciones del contexto de ejecución, se han de modificar para lograr cambios en áreas y/o componentes de ejecución concretos. De las áreas concretos (por ejemplo el cuidado de la celda o su habitación en el área productiva, la definición y elección de intereses de ocio en el área de ocio, desempeño inicia en ducha y cambio de ropa...) y aspectos muy determinados (por ejemplo su creencia en sus capacidades dentro de los componentes de ejecución psicológicos, autoevaluación de capacidades / dificultades para llevar a cabo determinados roles, etc).

Se debe evaluar de forma continuada el desempeño y la relación que establece la persona con la ocupación, con su entorno y consigo mismo para ir llegando a un acople y ajuste de los tres factores que permita a la persona alcanzar un desempeño ocupacional óptimo, satisfactorio y de acuerdo con expectativas reales y alcanzables.

\* **Evaluación final o valoración de resultados:** Una vez abordados los objetivos terapéuticos, se producirá la evaluación de los mismos para comprobar que se ha producido mejora, estancamiento o empeoramiento en el desempeño ocupacional de la persona, con el fin de decidir si es necesario continuar con la intervención desde TO. El Alta en TO lo valoraremos en varios momentos:

- El usuario ha alcanzado los objetivos o lo que es lo mismo los objetivos globales posibles de alcanzar en el recurso y que no necesitan de la intervención en



TO, como herramienta de trabajo. Igualmente cuando a pesar de que lo todavía alcanzable en el recurso, sí contempla la TO, el usuario ha llegado a su máximo de posibilidades, esto es, ha conseguido un desempeño ocupacional óptimo para su vida diaria, aunque no cumpla con las expectativas sociales.

- El usuario no vea conveniente mantener esa intervención.
- El usuario sea dado de baja en el programa.
- El usuario sea causa de baja por fallecimiento, traslado, etc.
- Trasladen al usuario a otro centro o recurso o bien que se cumpla su condena en el caso de Centro Penitenciario.

La información desprendida de esta evaluación ocupacional final contribuye a definir las pautas dadas tanto al individuo como a su entorno sobre su manejo diario, así como a la toma de decisión sobre el recurso de continuidad de cuidados más adecuados desde el punto de vista de desempeño ocupacional.

## 7.2. Cómo

### Herramientas

Existen multitud de instrumentos de evaluación en las diferentes áreas de la Terapia Ocupacional en el campo de la rehabilitación psicosocial, con el fin de valorar el desempeño ocupacional de la persona, los componentes y contextos de ejecución.

A pesar de estos instrumentos, se puede realizar un modelo de evaluación adaptado a las circunstancias de sus pacientes y el recurso. El TO debe ser el responsable de recoger esta información y no otro profesional, ya que esta circunstancia influirá en la labor terapéutica, desde la derivación del paciente al recurso.

A continuación englobamos una serie de instrumentos homologados recogidas de diferentes fuentes, detalladas a posteriori, estos son:

ÁREAS QUE EVALUA
------------------

#### ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA.

##### ABVD

- Índice de Katz
- Índice de Barthel
- Medida de la independencia funcional (MIF)
- Inventario de tareas habituales (RTI-2)
- Evaluación de las destrezas cotidianas para la independencia
- Evaluación de las destrezas de la vida diaria (PASS) (Rogers y Holm, 1989, 1994)
- Escala de actividades de la vida diaria Klein Bell (Klein y Bell, 1982)
- Evaluación de las destrezas de la vida diaria Milwaukee (MEDLS) (Leonardelli, 1988)

#### ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA. AIVD

- Evaluación de las destrezas y recursos en la vida cotidiana (ALSAR)
- Evaluación de las destrezas y procesos motores (AMPS)
- Evaluación de la cocina Rabideau revisada (RKE-R) (Neistadt, 1992)

#### ACTIVIDADES AVANZADAS DE LA VIDA DIARIA. AAVD

- Cuestionario de integración comunitaria
- Cuestionario de la satisfacción en la ejecución (SPSQ), (Yerxa et al., 1988)
- Evaluación del potencial de rehabilitación prevocacional
- Perfil de intereses de ocio para adolescentes (ALIP)  
*Romero Ayuso D.M y Moruno P. (AVD, 2006)*

#### FUNCIONAMIENTO OCUPACIONAL

- Entrevista Histórica del Funcionamiento Ocupacional (OPHI-II). Autores: Kielhofner G, Mallison T, Crawford C, Novak M, Rugby M, Henry A y Walens D.
- Autoevaluación del Funcionamiento Ocupacional (AFO). Autores: Baron & Curtin, 1990.

#### ROLES

- Listado de Roles (Role Checklist). Autores: Oackley, Kielhofner & Barris, 1985 y Mundo E, 1985.

#### HABILIDADES MOTORAS Y DE PROCESAMIENTO

- Assessment of Motor and Process Skills (AMPS). Autores: Fisher, 1994.

#### HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN SOCIAL

- Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS). Autores: Forsyght, Salamy, Simon & Kielhofner, 1993 y Riopel, 1981.

#### HÁBITOS, EQUILIBRIO OCUPACIONAL

- Cuestionario Ocupacional. Autores: Mundo E, 1986 y Riopel, 1981

#### VOLICIÓN

- Cuestionario Volicional III. Autores: De las Heras, CG, Geist R y Kielhofner, G, 1998, Matsuyusu, 1969.

#### INTERESES

- Listado de Intereses (Interest Checklist). Autores: Neville, 1983.y Durante P., 1996.
- Inventario de intereses de ocupaciones de ocio (LOII)

#### OCIO

- Cuestionario de Ocio y Tiempo Libre. Autores: Larrinaga V., 1993

**EQUILIBRIO OCUPACIONAL, HÁBITOS**

- Pie de vida. Autores: Durante, 1996, Mc Dowell, 1976, Neville, 1980.

**ROL DE TRABAJADOR**

- Entrevista del Rol de Trabajador (ERT). Autores: Velozo, C, Kielhofner G y Fisher G, 1998.

**AMBIENTE**

- Escala de Impacto Ambiental para el Trabajo (WEIS). Autores: Moore-Corner MS, Kielhofner G y Olson L, 1996.

**DISFRUTE Y REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE OCIO**

- Cuestionario de Ocio y Tiempo Libre. Autores: Larrinaga V, 1993.

**MEMORIA EN LA VIDA DIARIA**

- Test Conductual de Memoria, Rivermead (RBMT). Autores: Wilson y cols.; 1991.  
*Cantero Garlito PA y Blanco Vila, 2004.*

**8. Habilidades del terapeuta ocupacional**

Dado que el objetivo general de esta fase del tratamiento es lograr la información más certera posible para poder llegar a las conclusiones iniciales sobre las necesidades de recuperación, mantenimiento o potenciación del sujeto, es menester que las habilidades del/la Terapeuta Ocupacional hayan de ir encaminadas hacia:

- Provocar la complicidad del sujeto en el proceso de regalar información.
- Generar, por parte del sujeto, complicidad en el proceso de llevar a cabo la intervención.

En definitiva, hacia el establecimiento de un tipo de relación entre la/el TO y el sujeto que permita ser eficaz en el tratamiento consiguiente de la evaluación inicial, es decir hacia el establecimiento de la relación terapéutica y uso de consciente del yo, esto es: provocar la confianza terapéutica, generando un vínculo en el que el sujeto perciba seguridad, empatía (diferenciada de la simpatía), respeto, entienda la relación como un espacio que le va a permitir crecer, donde va a ir recuperando el locus de control de su propia vida, donde se le va a facilitar el conocimiento y uso de sus recursos personales...

La creación de esa relación de entendimiento y apoyo, depende de varios factores: de la propia persona, del /la propio/a TO y del entorno (de ambos), contando, por tanto con que siempre existirán aspectos que se nos escapan de las manos.

Sí existen aspectos, sin embargo, que el profesional ha de conocer y manejar para garantizar la relación constructiva, que son:

**\* Con respecto a sí mismo:**

- Propia escala de valores e intereses y cómo los traslada a la relación con el sujeto.

- Propio funcionamiento intrapsíquico, esto es nivel emocional y racional.
- Capacidad y modo de expresión propia, tanto verbal como no verbal en la comunicación con el sujeto (juego transferencia / contratransferencia).
- Modo y nivel de implicación personal en el proceso de intervención.
- Modo y nivel de recuperación personal tras el proceso de intervención (cuidarse para cuidar).
- Capacidad de facilitar y solicitar ayuda al equipo para el abordaje del caso (generosidad asertiva intraequipo).

**\* Con respecto al sujeto:**

- Capacidad de Empatía (del vocablo griego *Empatheia*), «sentir dentro» o percibir la experiencia subjetiva de la persona. Definida como: «La empatía tiene que ver con la capacidad o el arte de «meterse» en la piel del otro, de penetrar en la mirada del que padece y contemplar el mundo desde una historia y unos ojos diferentes». Esta capacidad permite y proporciona, ayuda objetiva.
- Facilitar la recuperación de la Motivación definida como «un ensayo preparatorio de una acción para animar o animarse a ejecutarla con interés». Motivar para el desempeño, normalizar.
- Acercamiento profundo al modo de entender, expresar y desempeñar su vida a través de su hacer.
- Respetar el ritmo del paciente así como sus tiempos para la consecución de objetivos. Se hace necesario ajustar en muchas ocasiones las expectativas del profesional, de cara a no forzar determinadas intervenciones que necesitan de tiempos diferentes de los que a priori, estima el profesional.

**\* Con respecto al entorno:**

- Acercamiento profundo al entorno físico, social y cultural del sujeto (familia, institución penitenciaria...), entendiéndolo como lugar que interfiere de forma facilitadora o inhibidora en el proceso de recuperación (familia, institución, etc).
- Acercamiento profundo al entorno propio profesional en cuanto al modo que influye en el sujeto (ej.: si potencia la dependencia o la autonomía) y en cuanto al modo que influye en uno mismo (ej.: si nos facilita el desarrollo de desarrollo de actividades terapéuticas).

**\* Con respecto a la implementación del tratamiento:**

- Acercamiento profundo a las ciencias que estudian al ser humano (psicología, anatomía, sociología...).
- Acercamiento profundo a las ciencias que estudian la patología del ser humano y su tratamiento (psiquiatría, farmacología...)
- Conocimiento profundo de la ciencia de la ocupación
- Conocimiento profundo del / los modelos de aplicación de la TO
- Aplicación respecto de ese sujeto en concreto de los conocimientos técnicos, estableciendo una metodología adecuada.

\* **Conclusión**

- Respeto del ritmo del sujeto y entorno
- Resistencia terapéutica de ambos

**Dice Mosey:**

«La capacidad para restablecer la relación, para empatizar y guiar a otros, para conocer y hacer uso de su potencial como participantes en una comunidad de otros, ilustra el arte de la Terapia Ocupacional».

**EVALUACIÓN OCUPACIONAL**

POR QUE	PARA QUE	QUE	CUANDO	COMO
Vínculo terapéutico	Objetivos generales	Sujeto:	Inicial	Herramientas
Fundamentación Teórica	Perfil o diagnóstico Ocupacional	Pensamiento	Continuada	
Ciencia de la Ocupación	Definir necesidades de recuperación ocupacional	Emoción	Final	
Razonamiento Clínico		Acción	Objetivos específicos	
Fundamentación histórica		Desempeño en: Autocuidado, productivo laboral y lúdicas de ocio		
		Desempeño en: Componentes de ejecución		
		Contextos de ejecución: Ambiente Social		
		Físico		
		Cultural		
		Actividad		
		Componentes de ejecución		
		Graduación		
		Temporalidad		
		Indicación terapéutica		

**Bibliografía**

- Durante Molina, P. y Noya Arnaiz, B. (1998). «Terapia Ocupacional en Salud Mental: principio y práctica». Edit. Masson. Barcelona.
- Durante Molina, P., Noya Arnaiz, B., Moruno Miralles, P (2000). «Terapia Ocupacional en Salud Mental: 23 casos clínicos comentados». Edit. Masson. Barcelona.
- Polonio López, B., Durante Molina, P., Noya Arnaiz, B., (2001). «Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional» (1.ª Ed.). Edit. Médica Panamericana. Madrid.
- Escuela Universitaria Cruz Roja-Terrasa (Universidad Autónoma de Barcelona). «Terminología Uniforme para Terapia Ocupacional». Traducido y revisado por profesoras del Departamento de TO., Fuentes: American Occupational Therapy Association (1994) y Willard & Spackman's Occupational Therapy , 9.ª edición (1997).
- Kielhofner, G. «Modelo de Ocupación Humana: Teoría y Aplicación». (2004). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Moruno, P y Romero, D. «Actividades de la Vida Diaria». (2006). Edit. Masson. Madrid.
- Rodríguez, A. (1997) «Rehabilitación Psicosocial de personas con Enfermedad Mental Crónica». Edit. Pirámide. Madrid.
- G.ª Margallo, P., San Juan, M., Jonquera, S y Navas, I. (2005). «El Análisis y la Adaptación de la Actividad en Terapia Ocupacional». Aytona Editores. Madrid.
- Gómez, M. (coord.). Apeto. (2005). «Temario General para Oposiciones de Terapia Ocupacional». Ed. Apeto. Madrid.
- A.O.T.A. (Asociación Americana de Terapia Ocupacional). «Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional» (2002). Edt. AOTA. New Cork, EEUU.
- Rogers J.C., Holms, M.B. «Occupational Therapy Diagnostic Reasoning: A component of Clinical Reasoning». AmJ. Occup. Therapy, 1991.
- Noistadt, M; Crespean, E; «Willard & Spackman's Occupational Therapy. 9th. Ed.». Philadelphia: Lippincott-Raven, 1998.
- Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales de la CAM. «Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario de personas con Enfermedad Mental Crónica: Programas Básicos de Intervención». (2002). BOCM.
- A.E.N. (Asociación Española de Neuropsiquiatría). (2003). «La atención a la Salud Mental de la Población Reclusa». Edit. AEN Estudios Congreso de la AEN, Oviedo.
- Azuara, A y Rincón, M. (2000). «Descripción del programa de rehabilitación psicosocial con personas reclusas con enfermedad mental grave y crónica del centro penitenciario de Navalcarnero». AMRP (Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial). Madrid.
- Aucouturier, B. y Lapierre, A. (1985). «Simbología del Movimiento». Edit. Científico-médica. Barcelona.
- Arribas, P, Martínez, J., Pedrós, A., Tomás, A y Vilar, J. (1996). «Convivir con la esquizofrenia, una guía de apoyo para familias». Edit. Promolibro. Valencia.
- Millar, R. W., Rollnick, S. (1999). «La Entrevista Motivacional». Edit. Paidós. Madrid.
- Lieberman, R. P. (1993). «Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico». Edit. Martínez Roca. Madrid.
- Vázquez, C. (coord.) (2001). «Epistemología de la Rehabilitación. Congreso de Rehabilitación en Salud Mental: situación y perspectivas.»Salamanca.
- ATIP (Asociación de Técnicos de Instituciones Penitenciarias) (2001). «El tratamiento Penitenciario: posibilidades de intervención». Edit. ATIP. Madrid.
- Elizur, J y Minuchin, S. (1997). «La locura y las instituciones». Edit. Gedisa. Barcelona.
- Kernberg, O.F. (1987). «Trastornos graves de la personalidad». Edit. Manual Moderno. Buenos Aires.
- Matza, D. (1981). «El proceso de desviación». Edit. Taurus. Madrid.
- Sáiz Ruíz, J. (1999). «Esquizofrenia, enfermedad del cerebro y reto social». Edit. Masson. Barcelona.
- Sánchez, L. (1996). «Manual de técnicas grupales de comunicación y creatividad. Para TO». Edit. Apeto. Madrid.
- Schinca, M. (2000). «Expresión corporal». Edit. Praxis. Barcelona.
- Reglamento Penitenciario: Accesible en cada centro penitenciario y posiblemente en cualquier librería de derecho penal.

# Capítulo 11. Evaluación de la Salud Física y el Estilo de Vida en las Personas con Trastorno Mental Grave

Tomás Sánchez-Araña, M.<sup>a</sup> Luz Torralba, M.<sup>a</sup> José Montoya, M.<sup>a</sup> Carmen Gómez y Rafael Touriño

## 1. Introducción

La salud física de las personas aquejadas de trastornos mentales graves adquiere cada vez mayor relevancia. Las personas con esquizofrenia tienen una elevada tasa de morbilidad y mortalidad asociada a las enfermedades «médicas». La comorbilidad de los trastornos mentales graves como la esquizofrenia con las enfermedades «orgánicas» es elevada (Lambert et al, 2003; Jones et al, 2004). En la literatura médica existen numerosas evidencias de que la mortalidad de los pacientes con esquizofrenia es considerablemente más elevada y precoz que en el resto de la población (Brown, 1997; Mortensen, 2003). Padecer esquizofrenia puede suponer una reducción de hasta un 20% en la esperanza de vida respecto a la de la población general (Newman y Bland, 1991). Así, se estima que la esperanza de vida media para estos pacientes es de 61 años, 57 años en el caso de los hombres y 65 años en el de las mujeres (Hennekens et al, 2005). Las diferentes causas de este exceso de mortalidad han ido variando con el paso del tiempo y son un reflejo de los cambios producidos en el estilo de vida y en el tipo de atención prestada a estos pacientes.

Hoy en día, para realizar una adecuada evaluación de la salud física de los pacientes con esquizofrenia, es necesario que aquellos profesionales sanitarios que trabajan en salud mental favorezcan la integración médica de la práctica psiquiátrica y que además tengan un conocimiento básico de las patologías somáticas más comunes entre estos enfermos.

Desde una perspectiva rehabilitadora, la visión integral y longitudinal de la atención implica tener también en cuenta el estado de salud física, ya que ésta va a repercutir en la calidad de vida y en las posibilidades de recuperación e integración social. En muchas de las actividades relacionadas con la rehabilitación debemos tener en cuenta el estado físico de los pacientes: deportes, trabajo, habilidades domésticas, higiene y autocuidados, etc.

La alta prevalencia de obesidad y en general de problemas endocrino-metabólicos, unida a unos hábitos de salud con frecuencia poco saludables, dejan clara la necesidad de evaluar y en caso necesario intervenir sobre aspectos como la dieta y el peso, el estilo de vida, las conductas sexuales de riesgo y el consumo de tabaco y otras drogas. La adherencia al tratamiento de las enfermedades «médicas» también debe ser tenida en cuenta.

En la primera parte del presente capítulo se revisan los problemas de salud física más frecuentes en la población con trastornos mentales severos y los factores que contribuyen a la mayor morbi-mortalidad. Posteriormente se dan una serie de recomendaciones para la evaluación médi-

ca en los pacientes con esquizofrenia. En la última parte del capítulo se incide en la evaluación más específica del estado de salud y hábitos saludables en rehabilitación psicossocial.

## 2. Mortalidad en la esquizofrenia

Ya en el año 1841, William Farr apuntó que la mortalidad de los «lunáticos» en Inglaterra y Gales podría ser entre tres y catorce veces superior a la de la población general, y que en la mayoría de los casos era consecuencia de las deplorables condiciones asilares. Años más tarde el propio Kraepelin consideraba que la elevada mortalidad en la demencia precoz se debía fundamentalmente al suicidio, al negativismo, a una dieta poco equilibrada y al sedentarismo. Por su parte, Bleuler apuntó que la tasa de mortalidad en pacientes con esquizofrenia era 1.4 veces superior a la esperada en la población general, señalando como principales causas los accidentes, el suicidio, las enfermedades infecciosas u otras patologías propiciadas por una higiene deficiente.

En la primera mitad del siglo XX diferentes estudios coinciden en señalar una mortalidad en la esquizofrenia de entre 2 y 4 veces más elevada que la esperada para el resto de la población, y la atribuyen a enfermedades como la tuberculosis, las neumonías o las infecciones gastrointestinales, todas ellas consecuencia del hacinamiento, la malnutrición y otras deficiencias de la vida asilar (Brown, 1997).

Actualmente sabemos que las principales causas de mortalidad en los pacientes con esquizofrenia han variado con el paso de los años. Así entre 1942 y 1980 los diferentes trabajos publicados apuntaban que la tasa de mortalidad en los esquizofrénicos era dos veces más alta que la esperada para la población general y destacaban como causa más importante la patología infecciosa y respiratoria (Allebeck, 1989). En la década de los años ochenta, tras pasar de una asistencia psiquiátrica institucionalizada a una atención comunitaria, las causas no naturales como el suicidio y la muerte accidental, adquieren un mayor peso en la muerte prematura de estos pacientes (Black et al, 1985; Heilä et al, 2005) y finalmente, en los años noventa, la enfermedad cardiovascular y la diabetes ganan terreno como causas de morbi-mortalidad entre los esquizofrénicos (Newman y Bland, 1991; Jeste et al, 1996; Enger et al, 2004; Casey, 2005).

Diferentes metaanálisis han encontrado una tasa de mortalidad estandarizada agregada a la esquizofrenia de 1.6, siendo la mortalidad por causas no naturales (suicidios y accidentes) 4.3 veces más elevada que en el resto de la



población. En el caso de las muertes por causas naturales la tasa en la esquizofrenia se sitúa cercana al 1.4. Además, se ha estimado que los pacientes esquizofrénicos mueren jóvenes y que, aproximadamente el 59% del exceso de mortalidad en la esquizofrenia, es atribuible a patologías «médicas», mientras que el 28% del exceso de mortalidad es atribuible al suicidio y el 12% a los accidentes (Brown, 1997; Harris y Barraclough, 1998).

En un estudio prospectivo de mortalidad en la esquizofrenia, llevado a cabo en Irlanda con pacientes ingresados, en el que se pudo excluir el suicidio como causa de muerte, se encontró que la variable que más se asociaba a un aumento del riesgo de fallecimiento era el uso combinado de varios antipsicóticos. Se observó que la asociación de varios antipsicóticos y la ausencia de terapia concomitante con fármacos anticolinérgicos aumentaban significativamente la mortalidad. Esto hizo pensar a los autores que el uso concomitante de múltiples antipsicóticos podía tener consecuencias negativas sobre la salud y que el parkinsonismo subclínico no detectado, inducido por estos fármacos, podría, a su vez, haber contribuido a la mortalidad (Waddington et al, 1998). También se ha asociado la toma de antipsicóticos con una tasa de mortalidad cardiovascular superior, una mayor incidencia de infarto de miocardio, un mayor número de casos de neumonías por aspiración, de descompensación diabética, de epilepsia y de patología respiratoria crónica (Brown et al, 2000).

Algunos autores apuntan a que la tasa de mortalidad en los esquizofrénicos se ha incrementado progresivamente en las últimas décadas. Este incremento, que parece más marcado en varones, pudiera deberse fundamentalmente a las enfermedades cardiovasculares y a las causas no naturales como el suicidio y los accidentes (Ösby et al, 2000a; Hansen et al, 2001; Hennekens et al, 2005). Así, los eventos cardiovasculares en la población esquizofrénica han desplazado a otras causas naturales de mortalidad (Meyer, 2003; Enger et al, 2004; Goff et al, 2005a). La elevada prevalencia en esta población de factores de riesgo cardiovascular tales como la obesidad, el tabaquismo, un estilo de vida sedentario y una dieta poco equilibrada, así como algunos efectos indeseables del tratamiento antipsicótico justifican la elevada tasa de mortalidad cardiovascular (Hennekens et al, 2005).

Para Brown et al (2000) la probabilidad en un paciente esquizofrénico de morir por un evento cardiovascular es 2.5 veces mayor que la de la población general. Por su parte Curkendall et al (2004) han señalado un riesgo relativo de mortalidad cardiovascular en estos pacientes de 2.2. Estas cifras coinciden con las encontradas por Ösby et al (2000b) en pacientes que habían recibido por primera vez el diagnóstico de esquizofrenia, en los que encontraron una tasa estandarizada de mortalidad cardiovascular de 2.3 para los hombres y de 2.1 para las mujeres. Estas cifras reflejan que, en la actualidad, a pesar de la desinstitutionalización y de la existencia de fármacos más eficaces en el tratamiento de la esquizofrenia, entre los pacientes que sufren esta enfermedad continúa existiendo un exceso de mortalidad comparada con la de la población general. Como hemos dicho, la mayor parte de estas muertes se deben a patologías médicas, que representa aproximadamente el 59% del incremento de mortalidad en estos pacientes (Mortensen y Juel, 1993; Brown, 1997). Según esto, el exceso de mortalidad en la esquizofrenia podría ser

relativamente evitable con mejores estrategias de prevención primaria, secundaria y terciaria (Brown et al, 2000; Heilä et al, 2005).

### 3. Comorbilidad médica en la esquizofrenia

La comorbilidad de enfermedades médicas en la esquizofrenia se estima entre el 46% y el 80% de los pacientes ingresados y entre el 20% y el 43% de los pacientes ambulatorios, calculándose que al menos un 50% del total de los pacientes esquizofrénicos tiene, como mínimo, una enfermedad médica (Green et al, 2003; Nasrallah, 2005). Las tasas de casi todas las patologías parecen ser más elevadas que las esperadas, particularmente las de la enfermedad cardiovascular y la de diabetes (Nasrallah, 2005).

Dixon et al (1999), en un estudio llevado a cabo en 719 pacientes esquizofrénicos, estimaron que un 65% padecía una enfermedad médica crónica, que un 36% padecía más de una enfermedad médica y que un 48% padecía una enfermedad médica que estaba en fase aguda en ese momento.

Estas enfermedades en ocasiones se infradiagnostican; así, un estudio canadiense realizado en más de 2000 pacientes derivados a un hospital psiquiátrico evidenció que los psiquiatras de referencia habían pasado por alto diagnósticos «médicos» en un 48% de sus pacientes (Koranyi, 1979). Este resultado es similar al obtenido en otro estudio llevado a cabo en un centro público de California y que concluyó que el 39% de los 529 pacientes psiquiátricos atendidos presentaban patología médica, pero los psiquiatras solo habían identificado un 47% de las mismas (Koran et al, 1989).

Hoy en día sabemos que los factores de riesgo cardiovascular modificables tienen una alta prevalencia entre los pacientes esquizofrénicos, lo que les confiere un riesgo cardiovascular más elevado que el esperado para la población general (Davidson et al, 2001; McCreadie, 2003; Goff et al, 2005b; Hennekens et al, 2005). Como consecuencia de este riesgo, la enfermedad cardiovascular aterosclerótica se convierte en el hallazgo encontrado con más frecuencia en las necropsias realizadas a pacientes esquizofrénicos fallecidos de muerte súbita (Ruskena et al, 1998; Chute et al, 1999; Davidson, 2002; Enger et al, 2004).

La tasa de tabaquismo en la esquizofrenia se presume que es mayor del doble de lo estimado para la población general, con cifras que oscilan entre el 58% y el 88% en pacientes ambulatorios y que alcanzan el 79% o más en pacientes crónicos hospitalizados (Ortega et al, 2004; De León y Díaz, 2005). La asociación entre una alta dependencia nicotínica y los trastornos mentales graves parece tener consistencia con independencia del país o de la cultura (De León et al 2002; Ortega et al, 2004). Basándose en esto diversas hipótesis tratan de explicar la elevada adicción a la nicotina entre los pacientes esquizofrénicos. Se ha sugerido que el consumo de nicotina podría responder a un intento de automedicación para aliviar el déficit cognitivo y clínico asociado a la esquizofrenia. El consumo de tabaco, además, se puede contemplar como una forma de contrarrestar los efectos adversos de la medicación. Existen sólidas evidencias de que el tabaquismo induce el sistema de las enzimas hepáticas CYP1A2 del citocromo

P450, que es una de las vías más importante del metabolismo de algunos antipsicóticos como el haloperidol, la clorpromacina, la olanzapina y la clozapina (Perry et al, 1993). Por último, otra posibilidad que se apunta para explicar la elevada comorbilidad del tabaquismo en la esquizofrenia es la existencia de anomalías en las vías de refuerzo que hacen que estos pacientes sean más vulnerables al tabaco en particular y a otras drogas en general (De León, 1996; Ortega et al, 2004). En los esquizofrénicos la prevalencia de la obesidad se estima en 1.5 a 2 veces más de lo esperado para la población general. Así diferentes trabajos la cifran en un rango que oscila entre el 40% y el 60% (Allison et al, 1999; Wirshing, 2004). Esta ganancia ponderal se manifiesta fundamentalmente en forma de adiposidad de tipo abdominal, que se liga íntimamente al síndrome metabólico y, a su vez, favorece las anomalías en la regulación del cortisol observadas en los pacientes esquizofrénicos (Thakore et al, 2002; Ryan et al, 2004; Zhang et al, 2004; Kato et al, 2005). El problema de la obesidad se ha agravado considerablemente, en especial en los últimos años, dado que existen suficientes evidencias de que ciertos antipsicóticos atípicos, particularmente olanzapina y clozapina, producen un incremento de peso muy superior al observado con agentes clásicos como la clorpromacina y el haloperidol (Blackburn, 2000; Homel et al, 2002; Haddad, 2005).

Por otro lado, la prevalencia de la diabetes en los esquizofrénicos oscila entre un 10% y un 19%, según distintos estudios (Dixon et al, 2000; Expert Group Schizophrenia and Diabetes, 2004), lo que supone duplicar en estos pacientes el riesgo de padecer diabetes con respecto a la población general (Mukherjee et al, 1996; Henderson y Ettinger, 2002; Bushe y Holt, 2004). Diversos trabajos apuntan a que la esquizofrenia «per se», con independencia del tratamiento antipsicótico, se acompaña de desórdenes metabólicos que incluyen a la obesidad abdominal y a las alteraciones de la homeostasis glucídica (Dixon et al, 2000; Henderson, 2002; Ryan et al, 2003; Thakore, 2004). Es conocido que los antipsicóticos convencionales, en particular las fenotiacinas de baja potencia, pueden inducir diabetes o agravarla si ya existe (Haupt y Newcomer, 2001; Taylor et al, 2005). También se sabe que el uso de los antipsicóticos atípicos se asocia a la aparición de intolerancia a la glucosa, a la diabetes de novo, a la descompensación de una diabetes preexistente o a la cetoacidosis diabética, siendo la clozapina y la olanzapina los fármacos con más frecuencia implicados (Newcomer, 2004; Henderson, 2005; Bergman y Ader, 2005).

La prevalencia de la dislipemia en los pacientes esquizofrénicos no es bien conocida aunque podría ser que el estilo de vida sedentario, una dieta poco equilibrada y la medicación antipsicótica contribuyan a cifras más altas que a las esperadas para la población general. Recientemente un estudio determinó las cifras de colesterol total, HDL-c, LDL-c y triglicéridos en pacientes esquizofrénicos y comparó los resultados con los de un grupo control. Se encontró un incremento medio de 20 mgr/dl en el colesterol total de los esquizofrénicos ( $p < 0.05$ ). A su vez el incremento medio de las concentraciones séricas de triglicéridos en los esquizofrénicos también resultó significativo y, comparado con los controles, resultó ser de 30.6 mgr/dl. Por el contrario, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para los valores de LDL-c y

de HDL-c. No obstante, los autores destacan como limitación metodológica el posible factor de confusión ejercido sobre el perfil lipídico por la medicación, la dieta y el ejercicio (Saari et al, 2004). En el último lustro también se han llegado a establecer evidencias de la relación entre los derivados de la dibenzodiazepina, en especial clozapina, olanzapina y quetiapina, y la disminución de los valores séricos de HDLc y aumento de los de triglicéridos. Sin embargo, la relación de estos fármacos con las modificaciones serológicas del colesterol es controvertida (Casey, 2004; Meyer y Koro, 2004; Henderson, 2005).

En general, el grado de actividad física de los pacientes esquizofrénicos tiende a ser menor que en el resto de la población. Esto se debe a la combinación de los síntomas negativos, intrínsecos a la propia enfermedad, con el efecto sedativo producido por los psicofármacos (Connolly y Kelly, 2005). En este sentido, diferentes trabajos señalan que la probabilidad de que los esquizofrénicos realicen ejercicio de algún tipo era la mitad que la estimada para el resto de la población y que, a su vez, la probabilidad de que practiquen ejercicio de una forma regular es de la cuarta parte (Davidson et al, 2001; Ascher-Svanum et al, 2001).

Por otro lado, la dieta de los pacientes con esquizofrenia es más rica en grasas y tiene un menor contenido en fibra que la del resto de la población, lo que añadido a un estilo de vida, por lo general, sedentario contribuye de forma importante a la aparición de síndrome metabólico y de diabetes en estos pacientes (Strassnig et al, 2003; Peet, 2004).

Aunque no hay acuerdo al respecto, no parece que la hipertensión arterial sea más prevalente en pacientes con esquizofrenia que en otras poblaciones. Algunos estudios han arrojado cifras de hipertensión que oscilan entre el 27% y el 73% (Dixon et al, 1999; Kato et al, 2004; McEvoy et al, 2005; Goff et al, 2005). Esta elevada prevalencia de hipertensión arterial podría vería condicionada por un estado de resistencia a la insulina, y la consecuente hiperinsulinemia, producto de la obesidad abdominal tan frecuente en estos pacientes (Graupner et al, 2003).

Mención especial merece el síndrome metabólico. Los pacientes esquizofrénicos tienen un riesgo hasta cuatro veces mayor que el resto de la población de padecer este síndrome (Saari et al, 2005, Sánchez-Araña et al, 2006). Algunos hábitos propiciados por los síntomas negativos, como el sedentarismo y la dieta poco equilibrada, así como alteraciones metabólicas asociadas a la propia esquizofrenia, tales como un aumento de la resistencia a la insulina, del cortisol y de la glucemia se ven potenciados por los efectos secundarios de un gran número de antipsicóticos. Esta compleja interacción produce como resultado una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular tales como la obesidad, la dislipemia, la hipertensión y la diabetes, componentes todos ellos del síndrome metabólico, y que contribuyen al aumento de la morbi-mortalidad y a la disminución de la esperanza de vida en estos pacientes (Davidson et al, 2001; Ryan y Thakore, 2002; Sacks, 2004; Thakore, 2005). No obstante, los procesos fisiopatológicos que justifican la mayor tendencia a la obesidad abdominal y al mayor riesgo de disregulación del metabolismo hidrocarbonado en estos pacientes no se conocen del todo. Múltiples estudios han observado entre los pacientes con esquizofrenia una alteración en el eje hipotalámico-

hipofisario-adrenal (HHA) causante de una hipercortisolemia relativa prolongada en el tiempo (Rosmond y Bjorntorp, 2000; Thakore et al, 2002; Kaneda et al, 2002). Como se sabe, la elevación crónica de la cortisolemia puede dar lugar a un pseudo-Cushing que se caracteriza por incremento de la adiposidad abdominal, hiperinsulinemia, resistencia a la insulina, dislipemia e hipertensión, componentes todos ellos del síndrome metabólico (Ryan y Thakore, 2002).

Respecto a las distintas variantes de cáncer, y a su incidencia y mortalidad en la población esquizofrénica, los resultados de los diferentes estudios son dispares y no permiten establecer conclusiones firmes con el posible aumento o disminución de las tasas en estos pacientes (Harris y Barraclough, 1998; Grinshpoon et al, 2005; Goldacre et al, 2005). No obstante, algunos autores continúan manteniendo que en los esquizofrénicos, comparados con la población general, parece detectarse una menor incidencia de cáncer de pulmón y una mayor incidencia de cáncer gastrointestinal y de mama (Schoos y Cohen, 2003). En relación con el cáncer de pulmón, algún estudio plantea la hipótesis de que el riesgo de neoplasia pulmonar en los esquizofrénicos es menor que en la población general, a pesar del mayor índice de tabaquismo en estos pacientes (Masterson y O'Shea, 1984). Mortensen (1992) sugiere que este resultado podría ser debido a un efecto anticancerígeno de los antipsicóticos, aunque otros autores plantean la posibilidad de que exista un gen que incremente la vulnerabilidad de padecer esquizofrenia y esté relacionado, a su vez, con otro gen supresor del cáncer (Lichtermann et al, 2001). Respecto al cáncer de mama, se describe una mayor prevalencia y mortalidad en las mujeres esquizofrénicas, probablemente en relación con la elevada tasa de obesidad, hiperprolactinemia y nulíparidad (Halbreich et al, 1996; Dalmau et al, 1997).

Por lo que se refiere a la comorbilidad con las infecciones, hasta la década de los años cuarenta la alta prevalencia de la tuberculosis y de otras enfermedades infecciosas en general ha sido un hallazgo referido con frecuencia en la literatura, pero hay que tener en cuenta que estas tasas eran características de pacientes institucionalizados y no estaban específicamente ligadas a la esquizofrenia. En la actualidad, destacan las altas tasas de VIH y VHC, pudiendo verse afectada la prevalencia de seropositividad para el VIH en la esquizofrenia por el sesgo introducido en el muestreo por las personas residentes en medio urbano y por la población marginal. Así, diferentes trabajos cifran dicha prevalencia entre el 3.1 % y el 7.1 %, lo que supone aproximadamente 9 veces la estimada para la población de referencia (Carey et al, 1997; Rosenberg et al, 2001; Cournos et al, 2005). La seropositividad de la hepatitis C en los trastornos mentales graves varía según los estudios entre el 9% y 20%, lo que supone entre 5 y 11 veces más de lo esperado para la población general (Rosenberg et al, 2001; Dinwiddie et al, 2003). Estas tasas son el resultado de la mayor práctica de conductas de riesgo entre las que se incluyen distintas prácticas sexuales sin preservativo y la adicción a drogas por vía parenteral (Walkup et al, 1998; Weinhardt et al, 1998; Cournos et al, 2005).

Por otro lado, sabemos que el consumo de sustancias conlleva una peor evolución del curso de la esquizofrenia, así como una mayor morbi-mortalidad médica asociada. El porcentaje de pacientes esquizofrénicos con patología dual

oscila entre un 10% y un 70%, según diferentes estudios. Esta disparidad de cifras puede atribuirse, en parte, a la variabilidad en los criterios empleados para el diagnóstico de la esquizofrenia, a las diferentes características sociodemográficas de las muestras estudiadas y a las distintas formas empleadas para definir los trastornos por abuso de sustancias (Mueser et al, 1990; Cantor-Graae et al, 2001; Green, 2005). Así en el estudio ECA (Epidemiologic Catchment Area), el 47% de los esquizofrénicos de la muestra cumplía criterios para el diagnóstico de algún tipo de abuso o dependencia de sustancias, estimándose que la probabilidad de recibir un diagnóstico de trastorno por abuso o dependencia de sustancias era 4.6 veces mayor en estos pacientes que en el resto de la población (Regier et al, 1990).

En relación al aparato digestivo son múltiples las patologías que se han pretendido asociar a la esquizofrenia. Así, algunos estudios describen una mayor prevalencia en la esquizofrenia del síndrome del intestino irritable, de la infección por *helicobacter pylori*, de la enfermedad celíaca y del síndrome de Gilbert (De Hert et al, 1997; Gupta et al, 1997; Miyaoka et al, 2000; Eaton et al, 2004). Tampoco podemos omitir que la higiene buco-dental de los esquizofrénicos, en su mayoría, es bastante deficiente, siendo frecuente la caries, la periodontitis, la piorrea y la gingivostomatitis (McCreadie et al, 2004).

La patología autoinmune también se ha visto relacionada con la esquizofrenia. Ya en 1936 Nissen y Spencer apuntaron una menor prevalencia de la artritis reumatoide en la esquizofrenia. Con posterioridad una revisión de 14 estudios epidemiológicos realizados entre 1934 y 1985 confirmó que existían evidencias que respaldaban esta asociación negativa (Eaton et al, 1992). Diferentes artículos publicados parecen corroborar esta hipótesis argumentando mecanismos de tipo inmuno-genético (Allebeck, 1989; Jeste et al, 1996; Gorwood et al, 2004). Otras patologías mediadas por mecanismos inmunológicos como el asma, la fiebre del heno y otros procesos inmuno-alérgicos también parecen que podrían tener una menor incidencia entre los pacientes esquizofrénicos (Lipper y Werman, 1977).

Es también destacable, por el riesgo de intoxicación hídrica e hiponatremia dilucional, la alta prevalencia de la polidipsia en los esquizofrénicos crónicos institucionalizados, que oscila entre el 6.6 % y el 17.5 %, desconociéndose la incidencia de este trastorno en la población ambulatoria (De León et al, 1994; Ferrer et al, 2000).

Respecto a la comorbilidad de la esquizofrenia con la patología neurológica existen diferentes estudios que sugieren una mayor prevalencia de la esquizofrenia en personas con retraso mental o epilepsia (Méndez et al, 1993; Nasrallah, 2005b).

Otra causa potencial de comorbilidad médica en estos pacientes es el tratamiento psicofarmacológico. Aunque los antipsicóticos han supuesto un gran avance en el tratamiento de la esquizofrenia pueden presentar efectos secundarios que afectan a la morbilidad y mortalidad (Joukamaa et al, 2006). Hoy en día sabemos que los síntomas extrapiramidales aparecen en el 75% de los pacientes que toman antipsicóticos de primera generación (Glazer, 2000; Nasrallah, 2005b) y que la discinesia tardía, que es el más frecuente de los trastornos del movimiento inducidos por fármacos, tiene una prevalencia que alcanza casi el 25% en los pacientes tratados con antipsicóticos de forma crónica



(Jest, 2000; Llorca et al, 2002); si bien en la mayoría de los casos es de intensidad leve, en los casos más graves puede constituir un peligro para la vida del paciente (Yassa et al, 1984; Shriqui et al, 1996). Dentro de los efectos secundarios de los antipsicóticos tiene especial relevancia el síndrome neuroléptico maligno, que aunque es una complicación poco frecuente, con una prevalencia del 0.5% al 1% en los pacientes que toman antipsicóticos, puede ser potencialmente mortal (Sánchez et al, 2001).

Por otro lado, se sabe que los antipsicóticos pueden causar alargamiento del intervalo QTc y asociarse a la Torsade de Pointes, una arritmia ventricular que puede progresar a fibrilación ventricular y a muerte súbita. Además, también se ha descrito un mayor riesgo de taquicardia, miocarditis, pericarditis, hipotensión, y miocardiopatía asociado a algunos fármacos antipsicóticos (Glassman, 2005). Así, los efectos cardiotóxicos provocaron la retirada de un antipsicótico como el sertindol y retrasaron la aprobación de la ziprasidona hasta obtener suficientes garantías de su seguridad cardíaca.

En el sistema endocrinológico la elevación de prolactina, causada por el bloqueo dopaminérgico que producen los antipsicóticos a nivel de los receptores D2 tuberoinfundibulares, origina una amplia gama de complicaciones tales como galactorrea e irregularidades menstruales en la mujer y ginecomastia y disfunción sexual en el varón (Ortega et al, 2001; Henderson, 2005). La osteoporosis, que afecta a ambos sexos, también es considerada, en parte, como una consecuencia de la hiperprolactinemia secundaria al tratamiento antipsicótico y, aunque aún es poco conocida su prevalencia en estos pacientes, se considera que está asociada a una morbi-mortalidad importante (Misra et al, 2004; Hummer et al, 2005). Por último mencionar que en relación con las patologías oftalmológicas se ha descrito la asociación entre la retinitis pigmentaria y el uso de tioridacina, recientemente retirada del mercado. Además, la opacidad del cristalino se ha asociado con la toma de quetiapina (Laties et al, 2000) lo que ha obligado a incluir, entre las recomendaciones para los pacientes tratados con el citado fármaco, un examen oftalmológico poco después del inicio del tratamiento y, posteriormente, de forma regular cada seis meses.

#### 4. Factores que contribuyen a la morbi-mortalidad en los pacientes esquizofrénicos

Como hemos visto, los pacientes esquizofrénicos son especialmente vulnerables a las enfermedades físicas por su falta de conciencia de enfermedad, desmotivación hacia su cuidado y estilo de vida poco saludable. Así, entre estos pacientes, hay un porcentaje de fumadores habituales cercano al 70% (Ortega et al, 2004; De León y Díaz, 2005), y diferentes estudios realizados con esquizofrénicos integrados en la comunidad han puesto de manifiesto una elevada prevalencia de hábitos sedentarios y de prácticas dietéticas poco equilibradas (Brown et al, 1999; Davidson et al, 2001; McCreadie, 2003).

Un riesgo sobreañadido supone el elevado porcentaje de pacientes esquizofrénicos que consume tóxicos, lo que contribuye aún más a una salud física deficiente y a una

reducción de los controles médicos y psiquiátricos, aumentando el número y la gravedad de las enfermedades médicas, (Mueser et al, 1990; Jeste et al, 1996; Druss et al, 2002).

Otras de las causas que contribuyen a mermar la salud física de estos pacientes son los posibles efectos secundarios de los antipsicóticos, entre los que destacan la ganancia de peso, la dislipemia y la diabetes, que se suman a lo que ya es considerado por algunos autores como una especial vulnerabilidad de los esquizofrénicos al sobrepeso y al desarrollo de diabetes (Allison et al, 1999; Dixon et al, 2000; Henderson, 2005).

Además de los aspectos reseñados, también influye en el aumento de la morbi-mortalidad el elevado infadiagnóstico de enfermedades médicas (Lambert et al, 2003). Es sabido que los antipsicóticos reducen la sensibilidad al dolor lo que, sumado a la escasa conciencia de enfermedad y a la presencia de síntomas negativos, puede dar lugar a que comuniquen con menor frecuencia sus problemas físicos, contribuyendo de esta manera a que pasen desapercibidos (Dworkin, 1994; Goldman, 1999).

Algunos aspectos relacionados con los profesionales sanitarios también pueden contribuir al infradiagnóstico de las enfermedades «orgánicas». Así, la necesidad de atender de forma inmediata la psicopatología grave y la creencia de que los exámenes físicos pueden interferir en la relación transferencial, a menudo hacen que los profesionales de salud mental desatiendan las enfermedades físicas (D'Ercole et al, 1991; Boyd, 2005). En otras ocasiones, el estigma de la enfermedad mental, los aspectos relacionados con la contratransferencia y la atribución de las quejas corporales a cenestopatías o síntomas psicósomáticos pueden contribuir igualmente a una deficiente atención médica de los pacientes con esquizofrenia (Sox et al, 1989; Vieweg et al, 1995). Tampoco es raro que un erróneo «descarte de organicidad», por parte de otros especialistas, atribuya a la esquizofrenia síntomas psicóticos que pueden deberse a enfermedades médicas de difícil diagnóstico. De este modo se estima que un 3% de los nuevos casos que se presentan como esquizofrenia se deben a patologías médicas tales como epilepsias, traumatismos craneoencefálicos, tumores cerebrales, enfermedades desmielinizantes, trastornos metabólicos y autoinmunes (Enfermedad de Wilson, LES), infecciones (VIH, Lues, etc.), corea de Huntington y porfiria aguda intermitente (Hyde y Lewis, 2003).

Entre los factores relacionados con el sistema sanitario, la falta de coordinación entre atención primaria y salud mental supone una barrera para los enfermos mentales integrados en la comunidad (Lieberman, 1986; Muir-Cochrane, 2006). Una situación socioeconómica «marginal», algo relativamente común entre las personas con esquizofrenia, también puede contribuir a un mayor hacinamiento y a limitar la accesibilidad a los servicios sanitarios (Karasu et al, 1980; Stroup et al, 2001).

Como Dixon et al (1999) mantienen; en el «día a día» de la vida comunitaria, todavía tenemos mucho camino por recorrer, ya que son múltiples las dificultades que los enfermos mentales graves encuentran para recibir una atención sanitaria integral, lo que aumenta la morbi-mortalidad y empeora su calidad de vida.



## 5. Circunstancias especiales a tener en cuenta en la evaluación física del paciente con trastorno mental grave:

a) *Síndrome metabólico*: El síndrome metabólico es una asociación de múltiples factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular, observándose que en la mayoría de los pacientes se encuentra asociado a la obesidad y a la resistencia insulínica (Federación Internacional de Diabetes, 2005). La importancia clínica del síndrome metabólico radica en su asociación con un elevado riesgo de enfermedad cardiovascular y de diabetes, aumentando la mortalidad entre dos y cuatro veces con respecto a la población general (Citrome, 2005; Ford, 2004). Los pacientes esquizofrénicos tienen un riesgo hasta cuatro veces mayor que el resto de la población de padecer el llamado síndrome metabólico (Saari et al, 2005).

TABLA 11.1. Criterios de síndrome metabólico según la IDF (2005)

Criterios mayores
Obesidad central definida como un índice cintura-cadera mayor > 94 en varones o > 80 en mujeres de origen europeo. Variando el punto de corte para otras etnias.
Criterios menores
Tensión arterial elevada (sistólica > 130 mmHg o diastólica > 85 mmHg) y/o tratamiento para la misma.
Hipertrigliceridemia > 150mgr y/o tratamiento para la misma.
HDL- colesterol < 40/50 mgr/dl (varón/ mujer) y/o tratamiento para la misma.
Glucemia plasmática basal $\geq$ 110 mgr/dl o diagnóstico previo de diabetes tipo 2 y/o tratamiento para la misma.

Diagnóstico: 1 criterio mayor + 2 o más criterios menores.

FIGURA 11.1. Screening de Síndrome metabólico



b) *Aumento de peso y obesidad*:

- Medición del perímetro abdominal (y en su defecto del IMC): Al inicio del tratamiento con antipsicóticos o tras el cambio en la dosis del mismo. Revisión mensual durante los tres primeros meses y posteriormente trimestralmente.
- Si el paciente presenta un perímetro abdominal  $\geq$  88 cm en la mujer o  $\geq$  102 cm en el hombre, un IMC  $\geq$  30 o un IMC  $\geq$  25 acompañado de 2 o más factores de riesgo cardiovascular serán considerados como

pacientes con síndrome metabólico y serán candidatas a intervención específica:

- Consejo nutricional y programa de actividad física.
  - Considerar el cambio de antipsicótico por uno menos relacionado con el aumento ponderal (especialmente ziprasidona o aripiprazol).
- c) *Diabetes o intolerancia a la glucosa*:
- Medición de las cifras de glucemia basal o, en su defecto, de la hemoglobina A1c antes de iniciar un tratamiento con antipsicóticos o tras un cambio de la dosis o del tipo de antipsicóticos.
  - Tras instaurar tratamiento con fármacos antipsicóticos, se deberá realizar un nuevo control a los 3 meses y si no existen alteraciones en las cifras de glucemia repetir el despistaje de forma anual.
  - Si aparecen síntomas clínicos o niveles de glucemia sugerentes de diabetes o de intolerancia a la glucosa el paciente deberá ser derivado a atención primaria para valoración y tratamiento si procede.
  - Si está en tratamiento con clozapina, olanzapina o quetiapina considerar el cambio por otro antipsicótico.

d) *Hiperlipidemia*:

- Diversos antipsicóticos se han asociado a cambios en el perfil lipídico poco deseables, favoreciendo la aparición de enfermedad aterosclerótica. Como ya hemos mencionado, los esquizofrénicos son un colectivo especialmente vulnerable a padecer síndrome metabólico. Entre estos pacientes es obligada la realización de perfiles lipídicos (que incluya colesterol total, HDL-c, LDL-c y triglicéridos) antes de iniciar tratamiento antipsicótico, no existiendo un criterio unánime sobre la periodicidad de las siguientes mediciones.
- Algunos autores (Marder et al, 2004) aconsejan evaluar nuevamente el perfil lipídico cada dos años si las cifras de LDL son normales y cada 6 meses si son  $\geq$  130mg/dl.
- Por su parte la reunión de consenso establecida por la asociación americana para la diabetes, la asociación americana de psiquiatría, la asociación americana de endocrinos clínicos y la asociación norteamericana para el estudio de la obesidad (American Diabetes Association et al, 2004) recomiendan determinar el perfil lipídico a los 3 meses del inicio del tratamiento antipsicótico. Si el paciente tiene menos de 65 años y un perfil lipídico normal, es suficiente con una reevaluación cada 5 años (Goff et al, 2005a). Si existe dislipemia las valoraciones deberán ser anuales.
- Si aparece dislipemia:
  - Consejo dietético y ejercicio moderado (caminar media hora tres veces a la semana puede ser suficiente).
  - Derivar al médico de familia para valoración posibilidad de iniciar tratamiento hipolipemiante.
  - Valorar cambio de clozapina, olanzapina o quetiapina por otro antipsicótico con perfil más neutro sobre los lípidos.

e) *Alteraciones cardíacas:*

- La prolongación del intervalo QTc se asocia con la torsade de Pointes, una arritmia ventricular que puede producir síncope y fibrilación ventricular pudiendo causar la muerte.
- Se aconseja no utilizar tioridacina (ya retirada del mercado) o pimozide en cardiopatas o en aquellos pacientes con antecedentes familiares de muerte súbita o prolongación del QTc.
- Si se pauta ziprasidona en un paciente con algún factor de riesgo cardiovascular se recomienda realizar un ECG basal antes de iniciar el tratamiento y repetirlo si aparecen síntomas sugestivos de alteraciones del ritmo cardíaco.
- Existen evidencias que apuntan a que el uso de clozapina se relaciona con un aumento de riesgo de miocarditis en las primeras 6 semanas de tratamiento (Marder et al, 2004). La miocarditis debe ser sospechada cuando los pacientes presenten fatiga, disnea, taquipnea, fiebre, dolor torácico, palpitaciones, síntomas de paro cardíaco o hallazgos en el ECG como anomalías en el espacio ST o inversión de la onda T. Ante la aparición de esta clínica se debe realizar un recuento leucocitario y determinar los niveles plasmáticos de troponina. Si sospechamos una miocarditis deberemos suspender de forma inmediata la clozapina y derivar al especialista con la mayor brevedad posible.

f) *Prolactina:*

- Sabemos que diferentes antipsicóticos están relacionados con elevaciones plasmáticas de prolactina, lo cual puede causar galactorrea en ambos sexos e irregularidades menstruales en el caso de la mujer y disfunción sexual en el caso del hombre. Otra complicación secundaria a la hiperprolactinemia, como ya hemos mencionado, es la osteoporosis. Por estos motivos es importante explorar en el caso de las mujeres tratadas con antipsicóticos cambios en la menstruación, en la libido o la aparición de galactorrea. En el caso de los varones debe explorarse las dificultades en la erección, en la eyaculación o la disminución de la libido. Si se aprecian algunos de estos síntomas debemos determinar los niveles plasmáticos de prolactina y si procede consultar con el médico de familia para realizar un diagnóstico diferencial acerca de la etiología de la prolactinemia elevada.
- En los pacientes que reciben tratamiento con antipsicóticos que por su perfil pueden causar aumento de prolactina deben explorarse los aspectos anteriormente mencionados en cada visita durante los primeros 3 meses o hasta estabilizar la dosis del fármaco antipsicótico. Posteriormente es recomendable una valoración anual.
- Si un antipsicótico produce una elevación de la prolactinemia podría bastar con sustituir el fármaco por otro con perfil más neutro. Si tras el cambio desaparece la clínica y los niveles de prolactina se normalizan no es necesario realizar un estudio endocrino más específico.

g) *Síntomas extrapiramidales:*

- Se debe examinar la existencia de signos de parkinsonismo o movimientos anormales en todos los

pacientes antes de iniciar tratamiento antipsicótico. Con posterioridad debe evaluarse semanalmente hasta que la dosis se haya estabilizado o tras las 2 primeras semanas de introducir un nuevo antipsicótico o de realizar cualquier incremento en la dosis.

- También es recomendable explorar la aparición de discinesia tardía cada seis meses en el paciente tratado con antipsicóticos clásicos o anualmente en el caso de aquellos pacientes tratados con antipsicóticos de segunda generación. En el caso de alto riesgo de síntomas extrapiramidales, se recomienda evaluar cada 3 meses en el caso de los clásicos y cada 6 meses en el caso de los de segunda generación.

h) *Cataratas:*

- Se ha descrito la asociación entre la retinitis pigmentaria y el uso de tioridacina, recientemente retirada del mercado. Además, la opacidad del cristalino se ha asociado con la toma de quetiapina lo que ha obligado a incluir, entre las recomendaciones para los pacientes tratados con el citado fármaco, un examen oftalmológico poco después del inicio del tratamiento y, posteriormente, de forma regular cada seis meses. El control oftalmológico deberá ser anual en aquellos pacientes con factores de riesgo para la opacidad del cristalino y una edad de más de 40 años. El control será bianual en el caso de pacientes más jóvenes. Se deberá indagar sobre cambios en la visión y asegurar que los pacientes realizan revisiones oftalmológicas con la periodicidad indicada.

i) *Hipertensión arterial:*

- Se considera que un paciente es hipertenso cuando el promedio de tres tomas de presión arterial separadas en el tiempo (al menos una semana) arroja una cifra de presión sistólica  $\geq 140$  mm Hg y/o una presión diastólica  $\geq 90$  mm Hg.
- Las personas con cifras de tensión arterial sistólica entre 130-139 mm Hg o diastólica entre 85-89 mm Hg deben ser considerados prehipertensos y requieren modificaciones en su estilo de vida para disminuir el riesgo coronario. Se deberá facilitar consejo dietético, aconsejar ejercicio físico moderado y valorar la posibilidad de tratamiento farmacológico.

## 6. Recomendaciones para la evaluación médica en el trastorno mental grave

Los profesionales de salud mental, en ocasiones, son los únicos sanitarios consultados por los pacientes con enfermedades mentales graves, por lo que se debe prestar atención a posibles problemas «orgánicos» que puedan pasar inadvertidos, investigar las quejas físicas cuando aparezcan y derivar al médico de familia o a otros especialistas cuando sea necesario. Entre los aspectos que nos parecen oportunos considerar en todo paciente con trastorno mental grave destacan los siguientes:

- *En la primera entrevista:*

- Antecedentes personales y familiares de patología «orgánica».

- Exploración física general, medición de presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, peso, talla, perímetro abdominal y ECG.
  - Hemograma completo y coagulación básica.
  - Despistaje de síndrome metabólico.
  - Bioquímica: función renal, función hepática, iones séricos y perfil lipídico completo.
  - Hormonas tiroideas.
  - Detección de tóxicos en orina.
  - En pacientes con sospecha de demencia: determinación de niveles séricos de vitamina B12 y ácido fólico, serología de sífilis y TAC craneal.
  - Evaluar estilo de vida (sedentarismo, patrón alimentario, tabaquismo y otros tóxicos).
  - Si existen factores de riesgo para enfermedades infecciosas solicitar serología de hepatitis, VIH y realizar mantoux.
  - Contactar con el médico de familia para asegurar, si procede, una adecuada coordinación del seguimiento.
- *En cada visita de control:*
    - Evaluar la posible aparición de comorbilidad orgánica no detectada con anterioridad.
    - Valorar el cumplimiento del tratamiento y de la posible aparición de efectos secundarios.
    - Promoción de estilo de vida saludable.
- *Cada 6 meses:*
    - Contactar con su médico de atención primaria en caso de seguimiento conjunto.
    - Confirmar que el perímetro abdominal y la tensión arterial han sido revisadas en este periodo al menos una vez (salvo situaciones especiales que requieran una frecuencia mayor).
- *Anualmente:*
    - Determinación en ayunas de los niveles plasmáticos de glucemia.
    - En pacientes menores de 65 años con un perfil lipídico normal no es necesaria una nueva evaluación del mismo hasta dentro de 5 años.
    - Valorar estilo de vida y, en caso de ser necesario, promover cambios saludables.
    - En el caso de la mujer exploración mamaria anual a partir de los 40 años (mamografía a partir de los 50 años) y citología de cervix cada 1-3 años.
    - Vacunación antigripal anual a partir de los 65 años o cuando existan enfermedades concomitantes que aconsejen la misma.
    - Revisar el estado de inmunización (PPD, hepatitis B o C, VIH y tétanos) en caso de exposición a factores de riesgo para las mismas o de infección ya confirmada.

## 7. Evaluación del estado de salud física y hábitos saludables en rehabilitación psicosocial

La elevada comorbilidad de las distintas enfermedades «médicas» (obesidad, hipercolesterolemia, diabetes, enfer-

medades cardiovasculares,...) con la esquizofrenia, así como la reducción de la esperanza de vida de esta población, dejan clara la necesidad de evaluar, y en caso necesario intervenir, sobre aspectos tales como la dieta y el peso, el estilo de vida, las conductas sexuales de riesgo, el consumo de tabaco y otras drogas.

El aumento de la comorbilidad médica, con respecto a la población general, es debido a varios factores, destacando la sintomatología y el deterioro que provoca la propia enfermedad psíquica en el estilo de vida de cada paciente. Sobre este aspecto se ha señalado una «doble negligencia» (por parte de los pacientes y del sistema sanitario). Las personas con enfermedades mentales graves reciben una atención médica de peor calidad que el resto de la población.

Desde la perspectiva de la rehabilitación implica una doble tarea:

- Prestar mayor atención a los problemas «médicos» y a los hábitos de salud de los pacientes con trastorno mental grave.
- Favorecer que los pacientes asuman su responsabilidad como parte activa en el cuidado de su salud, mediante la educación y teniendo en cuenta sus opiniones, necesidades, valores y experiencias.

### *Fuentes de Información para la Evaluación:*

Las principales fuentes de las que vamos a obtener la información del estado de salud física son el propio paciente, la familia y la historia clínica:

- El paciente será la principal fuente de información. Es imprescindible conocer cuál es la opinión que el propio enfermo tiene sobre su estado físico, así como los problemas y las posibles soluciones que pueda plantear. Es obvio que la información debe contextualizarse dentro del estado psicopatológico que el paciente presente en ese momento.
- Otra fuente destacable es la familia. La mayoría de la personas con algún trastorno mental grave conviven con sus padres u otros familiares. Por tanto, cualquier tipo de abordaje que no tenga en cuenta a la familia tendrá pocas posibilidades de éxito. La información aportada por la familia nos dará una visión más amplia de los posibles problemas y permitirá contrastarla con la obtenida directamente del paciente. Es importante aprovechar las visitas programadas para concienciar a los familiares de la importancia de los posibles problemas de salud física que pueda presentar el paciente.
- La historia clínica es una fuente de información indirecta. En la historia clínica deben incluirse los informes clínicos de todas las patologías médicas y psiquiátricas que padezca el paciente, tratamientos, pruebas diagnósticas, hospitalizaciones, etc.

### *Recogida de información:*

La recogida de información para la valoración de la salud física del paciente con trastorno mental grave deber ser un proceso dinámico e integrado con la evaluación psicopatológica y funcional, donde la observación, las diferentes entrevistas, los instrumentos de evaluación y la relación terapéutica juegan un papel destacado.

Es necesario destacar que una buena relación terapéutica puede favorecer un clima empático que permita al paciente una aceptación de posibles intervenciones sobre sus hábitos de vida y una progresiva implicación en su autocuidado. En dispositivos donde el paciente pasa gran cantidad de tiempo, como las Unidades de Rehabilitación hospitalarias, Residencias o Centros de Día, la observación permite valorar sus hábitos de vida, las habilidades y dificultades del paciente en su manejo diario, quejas, etc. En aquellos otros dispositivos donde la estancia del paciente sea breve, como en las consultas de los centros de salud mental, podremos realizar una valoración de su higiene y de su aspecto físico general. También podremos utilizar las visitas domiciliarias para poder observar el lugar, el entorno y las condiciones en las que vive el paciente. Finalmente la utilización de diferentes instrumentos de evaluación (escalas, tests y autoregistros) pueden ser de utilidad para evaluar áreas concretas.

#### *Evaluación de la salud física en rehabilitación psicosocial:*

En rehabilitación psicosocial es importante la evaluación física y de los hábitos de vida de los pacientes por tres aspectos fundamentales:

- La salud física repercute en su calidad de vida, tanto de manera directa, por el impacto que producen las enfermedades físicas, como indirecta, pues es un condicionante que puede limitar el funcionamiento psicosocial.
- Conocer el estado físico del paciente es indispensable a la hora de incluirlo en determinados programas. En el de actividades deportivas se tendrá en cuenta si tiene alguna patología que le impida o limite hacer ejercicio. Otro ejemplo son los talleres de cocina o estética, donde debemos tener en cuenta las enfermedades infecciosas (hepatitis, VIH, etc...) para extremar las medidas de higiene y profilaxis.
- Como consecuencia de la enfermedad mental el paciente puede presentar un desorden en las actividades de la vida diaria (alimentación, higiene y autocuidados, sedentarismo, inversión del ciclo sueño-vigilia....), que puede propiciar problemas de salud física y empeorar su salud mental, dificultando su proceso rehabilitador.

Distinguiremos una evaluación general y una evaluación por áreas:

#### **A. Evaluación general**

En los dispositivos de rehabilitación la educación sanitaria tiene un papel destacado con el fin de la adquisición de hábitos de vida saludables por parte de los usuarios. Para ello es importante la realización de una evaluación física elemental que por un lado servirá de referencia de su estado de salud inicial y por otro de motivación previa para trabajar esta área.

Según nuestra experiencia aconsejamos abordar este tema de la siguiente manera:

- En las entrevistas iniciales se incluirán preguntas básicas de salud: antecedentes de enfermedades

importantes (diabetes, cardiopatías, hipertensión, alergias o enfermedades infecciosas), fármacos, operaciones quirúrgicas, defectos o minusvalías,...

- Cuando el paciente lleve un tiempo en el dispositivo de rehabilitación y se haya establecido una relación de confianza con él, se puede proponer la realización de una evaluación física general mediante un chequeo básico. En él se hará una valoración de las áreas físicas más importantes. Esto nos ayudará a detectar problemas o deficiencias concretas que nos servirán de referencia para intervenir posteriormente de forma más eficaz en la adquisición de hábitos saludables o cuidados especiales si tiene un padecimiento concreto (diabetes, estreñimiento, obesidad,...). Estos chequeos se podrían realizar cada año o en periodos de tiempo más cortos si queremos intervenir en algún área concreta, por ejemplo: en la alimentación y realización de ejercicio físico para conseguir bajar de peso.

Si es necesario se aconsejará una atención sanitaria más concreta en su centro de salud. En el dispositivo de rehabilitación se llevará un seguimiento de los tratamientos y medidas específicas que tenga pautados por el padecimiento de alguna enfermedad concreta, ayudando al usuario a aprender a cuidarse de forma adecuada.

#### **B. Evaluación por áreas**

A continuación abordaremos las principales áreas que pueden repercutir sobre el estado de salud y calidad de vida del paciente. Hay que considerar las costumbres y cultura del paciente ya que pueden variar los hábitos de vida.

##### **B.1. Alimentación**

Debemos rastrear las necesidades en esta área, así como identificar dificultades que puedan presentarse. Para valorar el tipo de dieta que el paciente lleva es fundamental conocer: número y horarios de comida, cantidad, variedad y frecuencia de alimentos, las preferencias, las restricciones y las evitaciones (motivos). Valorar el conocimiento sobre alimentos y dieta equilibrada, hábitos, opiniones e historia familiar respecto a la comida puede ser de gran utilidad.

En caso de patologías orgánicas que puedan condicionar una dieta debemos valorar si ésta es la adecuada para la enfermedad en cuestión. Tampoco podemos dejar de valorar las posibles ideas delirantes que pueda tener el paciente con respecto a la alimentación.

La valoración del área de alimentación se puede realizar a través de preguntas directas al paciente (¿qué comiste ayer?) o su familia. En aquellos dispositivos de salud mental donde el paciente pasa más tiempo podemos observar de que modo comen, qué comida preparan y cómo la preparan, si tienen dificultades a la hora de cocinar, etc. En muchos casos, resulta útil que el paciente registre la dieta que toma durante una semana (horario, tipo de alimentos, cantidad.)

Una vez detectada la existencia de problemas en la alimentación de un paciente debemos abordar el problema con él de forma individual y por otro lado tratar de lograr



la implicación familiar. Son de mucha utilidad los talleres de cocina y nutrición donde se podrán trabajar los conocimientos y actitudes al respecto, además del consejo nutricional.

### B.2. Ejercicio físico y sedentarismo

Como ya sabemos el sedentarismo es un hábito de vida poco saludable muy frecuente en los pacientes con trastorno mental grave. Son múltiples las causas que lo favorecen, pero se podría destacar la sintomatología negativa primaria y algunos efectos secundarios de los psicofármacos (sedación, aumento de peso, sintomatología negativa secundaria, etc.). Debemos preguntar al paciente acerca del sedentarismo en su vida diaria, qué actividades realiza en un día normal de su vida o si practica algún deporte. Hay que tener presente otros aspectos físicos como puedan ser el grado de sobrepeso o algún tipo de minusvalía que pueden entorpecer la movilidad o limitar la actividad física (subir escaleras, realizar actividades cotidianas etc.)

Una vez que se haya valorado este área, en caso de proponer al paciente la inclusión en un programa de deportes, valoraremos la motivación que tenga para ello, teniendo en cuenta sus preferencias y algunos aspectos de su psicopatología que puedan interferir (ej. autoreferencialidad, paranoia, alteraciones sensorio-perceptivas, etc.)

### B.3. Transito intestinal y micción

Diversos factores como el sedentarismo, el tipo de alimentación y los efectos secundarios de los antipsicóticos pueden influir de forma negativa en la eliminación intestinal y urinaria. Hay que valorar parámetros como la frecuencia de las heces/ orina, sus características, y las posibles molestias aparecidas durante la defecación /micción. Debemos tener en cuenta aquellos aspectos que puedan interferir en control de la función y, en su caso, posibles motivos que impidan control. Puede ser oportuno averiguar y describir cuál es el patrón habitual de la persona (diario o semanal). Este dato permitirá conocer si el posible patrón de disfunción es temporal o crónico.

También se deben valorar posibles efectos secundarios de la medicación.

### B.4. Tabaco y otros tóxicos.

En cuanto al tabaco, valoraremos el número de cigarrillos día, en que momento del día fuma más, tipo de inhalación y grado de dependencia nicotínica. Puede ser útil el Test de Fagerström (Ver Tabla 11.2) para evaluar la dependencia a la nicotina (Heatherton et al., 1991). Se debe concienciar a todos los pacientes fumadores de la importancia de abandonar el tabaco y ofrecer ayuda mediante psicoeducación, programas de tipo cognitivo-conductual o tratamientos sustitutivos de la nicotina cuando el paciente está motivado para la abstinencia.

En caso de consumo de otros tóxicos, hay que precisar el tipo de droga, la vía de administración, patrón de consumo y cantidad de sustancia consumida. En la evaluación pueden ser de utilidad analíticas tanto pactadas con el paciente como de forma aleatoria.

TABLA 11.2. Test de Fagerström para la dependencia de la nicotina

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
1. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	< 10 11-20 21-30 > 31	0 1 2 3
2. ¿Fuma más por la mañana que durante el resto del día?	No Sí	0 1
3. ¿Cuánto tiempo transcurre desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo?	> 60 min 31-60 min 6-30 min ≤ 5 min	0 1 2 3
4. ¿A que cigarrillo le costaría más renunciar?	No al primero Al primero del día	0 1
5. ¿Le cuesta trabajo abstenerse de fumar en sitios donde está prohibido?	No Sí	0 1
6. ¿Fuma cuando está enfermo, incluso aunque tenga que guardar cama durante la mayor parte del día?	No Sí	0 1

### B.5. Sueño

En esta área tendremos que valorar el ciclo sueño-vigilia, los trastornos del sueño propiamente dichos y los posibles efectos secundarios de la medicación. Debemos preguntar tanto al paciente como a la familia, para obtener información concreta y fiable sobre a qué hora se acuesta y a qué hora se duerme, la hora a la que se levanta y cómo se levanta. Si tiene sensación de no haber descansado lo suficiente. Si tiene medicación para dormir y cuándo se la toma. Si presenta dificultades para quedarse dormido o se despierta demasiado temprano, si se levanta por la noche varias veces y por qué motivo. Preguntar sobre si echa la siesta, a que hora y cuánto tiempo se queda dormido.

### B.6. Higiene y autocuidados

En cuanto a la higiene personal se debe valorar: la ducha (frecuencia, metodología, uso de jabón, esponja...), aseo del cabello (uso de champú, suavizante) peinado, corte y si se tiñe el pelo y estado del mismo. Lavado de dientes (frecuencia, uso de cepillo, seda dental, pasta dental, colutorios, presencia de caries o problemas bucales...). Afeitado o depilación (frecuencia, metodología y material que utiliza). Cuidado de uñas. Higiene durante la menstruación. Uso de maquillaje. Aseo de manos.

En cuanto a la vestimenta observaremos el tipo y estado de la vestimenta que lleve puesta. Si es adecuada o no a las circunstancias en que se encuentra (actividad que esté realizando, temperatura ambiental, lugar, etc.).

### B.7. Sexualidad

La valoración de la sexualidad en pacientes con trastorno mentales graves es a menudo de difícil abordaje, tanto por las posibles dificultades del propio profesional (es un

tema íntimo, tabú, prejuicios,...) como por las dificultades del propio paciente. Diversos estudios indican que los pacientes psiquiátricos, consideran a menudo que hablar de estos asuntos provoca menos ansiedad y es más deseable de lo que es considerado por los profesionales (Coverdale y Aruffo 1992; Mckinnon y cols. 1993).

Es frecuente que debido tanto a la propia enfermedad mental como a los efectos secundarios del tratamiento, la sexualidad de estos pacientes pueda verse alterada. Valoraremos conductas sexuales que puedan ser de alto riesgo, el uso de anticonceptivos y de preservativos, si existe alguna disfunción sexual (disfunción para la erección, disfunciones orgásmicas) sequedad de mucosas, alteración en la menstruación.

#### B.8. Efectos secundarios de la medicación

En la evaluación física del paciente con trastorno mental grave se debe incluir la detección de posibles efectos secundarios del tratamiento farmacológico, tanto sin son de tipo extrapiramidal como si no (disfunciones sexuales, efectos cardiovasculares, hipotensión, problemas endocrinológico-metabólicos, alteraciones cutáneas gastrointestinales, hepáticos, anticolinérgicos, etc). Puede ser de ayuda para la evaluación utilizar alguna escala, como por ejemplo la UKU (Lingjaerde et al., 1987) que consta de 48 ítems agrupados en 4 áreas: efectos de tipo psíquico, neurológico, autonómico y otros.

### 7. Recomendaciones para la evaluación del estado de salud y hábitos saludables en rehabilitación psicosocial

- √ En la evaluación de una persona con trastorno mental grave es necesario incluir la correspondiente a su salud física.
- √ Desde una perspectiva de rehabilitación psicosocial la evaluación del estado de salud y hábitos saludables debe responder a las siguientes preguntas:

*¿Hay problemas en el estado actual de salud física del paciente o existe riesgo para su salud?:*

Implica conocer la presencia o antecedentes de enfermedades, consumo de tabaco u otras sustancias tóxicas, obesidad, conductas sexuales de riesgo, hábitos higiénicos y ejercicio físico.

*¿Sigue algún tratamiento por problemas médicos o requiere un tipo de dieta especial?:*

Valorar adherencia a los diferentes tratamientos y asistencia a consultas programadas.

*¿Presenta efectos secundarios de la medicación?*

*¿Es necesario intervenir con respecto a su salud física?*

*¿Tiene conciencia y conocimiento de su estado de salud física y de las necesidades de tratamiento y cuidados necesarios?*

*¿Tiene la familia (cuidadores) conocimiento y conciencia de los problemas de salud física y las necesidades de tratamiento y cuidados de su familiar?*

*¿Está el usuario motivado para un cambio en sus hábitos?*

### 8. Bibliografía

1. Allebeck P. Schizophrenia: a lifeshortening disease. *Schizophr Bull.* 1989; 15 (1):81-9.
2. Allison DB, Fontaine KR, Heo M, et al. The distribution of body mass index among individuals with and without schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 215-20.
3. American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists, North American Association for the Study of Obesity. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(2): 267-72.
4. Ascher-Svanum H, Tunis SL, Prudence L, et al: Prevalence of risk factors for coronary heart disease in schizophrenia. Poster presented at the American Psychiatric Association Annual Meeting, New Orleans, LA, May 8, 2001.
5. Bergman RN, Ader M. Atypical antipsychotics and glucose homeostasis. *J Clin Psychiatry.* 2005; 66 (4): 504-14.
6. Black DW, Warrack G, Winokur G. The Iowa record-linkage study. III. Excess mortality among patients with 'functional' disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 1985; 42 (1): 82-8.
7. Blackburn GL. Weight gain and antipsychotic medication. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(Suppl 8): 360-42.
8. Boyd JH. A psychodynamic approach to screening for the metabolic syndrome. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry.* 2005; 33 (4): 671-82.
9. Brown S, Birtwistle J, Roe L, Thompson C. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychol Med.* 1999; 29 (3): 697-701.
10. Brown S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 502-8.
11. Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 2000; 177: 212-7.
12. Bushe C, Holt R. Prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance in patients with schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl.* 2004; 47: 67-71.
13. Cantor-Graae E, Nordstrom LG, McNeil TF. Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden. *Schizophr Res.* 2001; 48(1): 69-82.
14. Carey MP, Carey KB, Kalichman SC. Risk for human immunodeficiency virus (HIV) infection among persons with severe mental illnesses. *Clin Psychol Rev.* 1997; 17(3): 271-91.
15. Casey DE. Dyslipidemia and atypical antipsychotic drugs. *J Clin Psychiatry.* 2004; 65 (Suppl 18): 27-35.
16. Casey DE. Metabolic issues and cardiovascular disease in patients with psychiatric disorders. *Am J Med.* 2005; 118 (Suppl 2): 15-22.
17. Chute D, Grove C, Rajasekhara B, Smialek JE. Schizophrenia and sudden death: a medical examiner case study. *Am J Forensic Med Pathol.* 1999; 20(2): 131-5.
18. Citrome L. Metabolic syndrome and cardiovascular disease. *J Psychopharmacol.* 2005; 19 (Suppl 6): 84-93.
19. Cohn T, Prud'homme D, Streiner D, Kameh H, Remington G. Characterizing coronary heart disease risk in chronic schizophrenia: high prevalence of the metabolic syndrome. *Can J Psychiatry.* 2004; 49 (11): 753-60.
20. Connolly M, Kelly C. Lifestyle and physical health in schizophrenia. *Advan. Psychiatr. Treat.* 2005; 11: 125 - 32.
21. Cournos F, McKinnon K, Sullivan G. Schizophrenia and Comorbid Human Immunodeficiency Virus or Hepatitis C Virus. *J Clin Psychiatry.* 2005; 66 (6): 27-33.
22. Coverdale JH., Aruffo JF. AIDS and family planning counseling of psychiatrically ill women in community mental health clinics. *Community Ment Health J.* 1992; 28(1):13-20.
23. Curkendall SM, Mo J, Glasser DB, Rose Stang M, Jones JK. Cardiovascular disease in patients with schizophrenia in Saskatchewan, Canada. *J Clin Psychiatry.* 2004; 65 (5): 715-20.
24. Dalmau A, Bergman B, Brismar B. Somatic morbidity in schizophrenia: a case control study. *Public Health.* 1997; 111(6) : 393-7.
25. Davidson M. Risk of cardiovascular disease and sudden death in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2002; 63: 5-11.
26. Davidson S, Judd F Jolley D, et al. Cardiovascular risk factors for people with mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2001; 35: 196-202.

27. De Hert M, Kalnicka D, van Winkel R, Wampers M, Hanssens L, Van Eyck D, Scheen A, Peuskens J. Treatment with rosuvas-tatin for severe dyslipidemia in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *J Clin Psychiatry*. 2006 Dec;67(12):1889-96.
28. De Hert M, Hautekeete M, De Wilde D, Peuskens J. High prevalence of *Helicobacter pylori* in institutionalized schizophrenic patients. *Schizophr Res* 1997; 26: 243-44.
29. De León J. Smoking and vulnerability for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1996; 22 (3): 405-9.
30. De León J, Díaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res*. 2005; 76 (2-3): 135-57.
31. De León J, Verghese C, Tracy JI, Josiassen RC, Simpson GM. Polydipsia and water intoxication in psychiatric patients: A review of the epidemiological literature. *Biol Psychiatry* 1994; 35: 408-19.
32. De León J, Becona E, Gurpegui M, González-Pinto A, Díaz FJ. The association between high nicotine dependence and severe mental illness may be consistent across countries. *J Clin Psychiatry*. 2002; 63 (9): 812-6.
33. D'Ercole A, Skodol AE, Struening E, Curtis J, Millman J. Diagnosis of physical illness in psychiatric patients using axis III and a standardized medical history. *Hosp Community Psychiatry*. 1991; 42 (4): 395-400.
34. Dinwiddie SH, Shicker L, Newman T. Prevalence of hepatitis C among psychiatric patients in the public sector. *Am J Psychiatry*. 2003; 160 (1):172-4.
35. Dixon L, Weiden P, Delahanty J, et al. Prevalence and correlates of diabetes in national schizophrenia samples. *Schizophr Bull* 2000; 26: 903-12.
36. Dixon L, Postrado L, Delahanty J, Fischer PJ, Lehman A. The association of medical comorbidity in schizophrenia with poor physical and mental health. *J Nerv Ment Dis* 1999; 187; (8): 496-502.
37. Druss BG, Rosenheck RA, Desai MM, Perlin JB. Quality of preventive medical care for patients with mental disorders. *Med Care*. 2002; 40 (2): 129-36.
38. Dworkin RH. Pain insensitivity in schizophrenia: A neglected phenomenon and some implications. *Schizophr Bull* 1994; 20 (2): 235-48.
39. Eaton WW, Hayward C, Ram R. Schizophrenia and rheumatoid arthritis: A review. *Schizophr Res* 1992; 6: 181-92.
40. Eaton W, Mortensen PB, Agerbo E, Byrne M, Mors O, Ewald H. Coeliac disease and schizophrenia: population based case control study with linkage of Danish national registers. *BMJ*. 2004; 328 (7437): 438-9.
41. Enger C, Weatherby, MS, Reynolds RF, et al. Serious cardiovascular events and mortality among patients with schizophrenia. *The journal of nervous and mental disease*, 2004, 192 :19-27.
42. Expert Group. 'Schizophrenia and Diabetes 2003' Expert Consensus Meeting, Dublin, 3-4 October 2003: consensus summary. *Br J Psychiatry Suppl*. 2004; 47: 112-4.
43. Ferrer E, Varela R, Lamas S. Polidipsia e Intoxicación Hídrica en la Esquizofrenia Crónica. Revisión de la Bibliografía. 2000; 4 (1). Consultado el 23 de Abril de 2004 en: www. psiquiatría.com artículos/psicosis/esquizofrenia.
44. Ford ES. The metabolic syndrome and mortality from cardiovascular disease and all-causes: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey II Mortality Study. *Atherosclerosis*. 2004; 173 (2): 309-14.
45. Glassman AH. Schizophrenia, antipsychotics drugs and cardiovascular disease. *J Clin Psychiatry* 2005; 66 (Suppl 6): 5-10.
46. Glazer WM. Extrapyramidal side effects, tardive dyskinesia and the concept of atypicality. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(Suppl 3):16-21
47. oldman LS. Medical illness in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (Suppl 21): 10-5.
48. Goff DC, Cather C, Evins AE, Henderson DC, Freudenreich O et al. Medical Morbidity and Mortality in Schizophrenia: Guidelines for Psychiatrists. *J Clin Psychiatry* 2005a ; 66: 183-94.
49. Goff DC, Sullivan LM, McEvoy JP, Meyer JM, Nasrallah HA, Daumit GL, Lambert S, D'Agostino RB, Stroup TS, Davis S, Lieberman JA. A comparison of ten-year cardiac risk estimates in schizophrenia patients from the CATIE study and matched controls. *Schizophr Res*. 2005b; 80 (1):45-53.
50. Goldacre MJ, Kurina LM, Wotton CJ, Yeates D, Seagroat V. Schizophrenia and cancer: an epidemiological study. *Br J Psychiatry*. 2005; 187: 334-8.
51. Gorwood P, Pouchot J, Vinceneux P, Puechal X, Flipo RM, De Bandt M, Ades J; Club Rhumatisme et Inflammation. Rheumatoid arthritis and schizophrenia: a negative association at a dimensional level. *Schizophr Res*. 2004; 66(1):21-9.
52. Graupner C, Rodriguez L, Garcia A. Síndrome metabólico e hipertension arterial. *Monocardio N.º 3*. 2003; Vol 5: 167- 76.
53. Green AI. Schizophrenia and comorbid substance use disorder: effects of antipsychotics. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66 (Suppl 6): 21-6.
54. Green AI, Canuso CM, Brenner MJ, Wojcik JD. Detection and management of comorbidity in patients with schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am*. 2003; 26 (1): 115-39.
55. Grinshpoon A, Barchana M, Ponizovsky A, et al. Cancer in Schizophrenia: is the risk higher or lower? *Schizophrenia Research*. 2005; 73: 333-41.
56. Gupta S, Masand PS, Kaplan D, et al. The relationship between schizophrenia and irritable bowel syndrome (IBS). *Schizophr Res* 1997; 23: 265-68.
57. Haddad P. Weight change with atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia. *J Psychopharmacol*. 2005; 19 (Suppl 6): 16-27.
58. Halbreich U, Shen J, Panaro V. Are chronic psychiatric patients at increased risk for developing breast cancer? *Am J Psychiatry* 1996; 153: 559-56.
59. Hansen V, Jacobsen BK, Arnesen E. Cause-specific mortality in psychiatric patients after deinstitutionalisation. *Br J Psychiatry*. 2001; 179: 438-43.
60. Harris EC, Barraclough B. Excess of mortality of mental disorders. *Br J Psychiatry* 1998; 177:11-53.
61. Haupt DW, Newcomer JW. Hyperglycemia and antipsychotic medications. *J Clin Psychiatry*. 2001; 62 (Suppl 27):15-26.
62. Henderson DC, Ettinger ER. Schizophrenia and diabetes. *Int Rev Neurobiol*. 2002; 51: 481-501.
63. Henderson DC. Schizophrenia and comorbid metabolic disorders. *J Clin Psychiatry*. 2005;66 (Suppl 6): 11-20.
64. Hennekens CH, Hennekens AR, Hollar D, Casey DE. Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J*. 2005; 150 (6):1115-21.
65. HeathertonTF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991; 86: 1119-27.
66. Heila H, Haukka J, Suvisaari J, Lonnqvist J. Mortality among patients with schizophrenia and reduced psychiatric hospital care. *Psychol Med*. 2005; 35 (5): 725-32.
67. Homel P, Casey D, Allison DB. Changes in body mass index for individuals with and without schizophrenia, 1987-1996. *Schizophr Res*. 2002; 55 (3): 277-84.
68. Hummer M, Malik P, Gasser RW, Hofer A, Kemmler G, Moncayo Naveda RC, Rettenbacher MA, Fleischhacker WW. Osteoporosis in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2005; 162 (1): 162-7.
69. Hyde TM, Lewis SW. The secondary schizophrenias. En Hirsch SR, Weinberger DR, (eds). *Schizophrenia*. Oxford: Blackwell; 2003. Pág:187-202.
70. Jests DV. Tardive dyskinesia in older patients. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (Suppl 4): 27-32.
71. Jeste D, Gladsjo J, Lindamer L, Lacro J. Medical comorbidity in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996; 22: 413-30.
72. Jones DR, Macias C, Barreira PJ, Fisher WH, Hargreaves WA, Harding CM. Prevalence, severity, and co-occurrence of chronic physical health problems of persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 2004; 55 (11):1250-7.
73. Joukamaa M, Heliövaara M, Knekt P, et al. Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality. *Br J Psychiatry*. 2006; 188: 122-7.
74. Karasu TB, Waltzman SA, Lindenmayer JP, Buckley PJ. The medical care of patients with psychiatric illness. *Hosp Community Psychiatry*. 1980; 31 (7): 463-72.



75. Kato MM, Currier MB, Gómez CM, Hall L, González-Blanco M. Prevalence of Metabolic Syndrome in Hispanic and Non-Hispanic Patients With Schizophrenia. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2004; 6 (2): 74-7.
76. Kato MM, Currier MB, Villaverde O, González-Blanco M. The relation between body fat distribution and cardiovascular risk factors in patients with schizophrenia: a cross-sectional pilot study. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2005; 7 (3):115-20.
77. Koran LM, Sox HC Jr, Marton KI, Moltzen S, Sox CH, Kraemer HC, Imai K, Kelsey TG, Rose TG Jr, Levin LC, et al. Medical evaluation of psychiatric patients. I. Results in a state mental health system. *Arch Gen Psychiatry*. 1989; 46 (8): 733-40.
78. Koranyi EK. Morbidity and rate of undiagnosed physical illnesses in a psychiatric clinic population. *Arch Gen Psychiatry*. 1979; 36 (4): 414-9.
79. Lambert T, Velakoulis D, Pantelis C. Medical comorbidity in schizophrenia. *Med J Aust*. 2003; 178 (9) Suppl 5: 67-70.
80. Laties AM, Dev VJ, Geller W, Rak I, Brecher M, Nasrallah H: Safety update on lenticular opacities: benign experience with 620.000 US patient exposures to quetiapine, in Proceedings of the 39th Annual Meeting of the American College of Neuropsychopharmacology. Nashville, Tenn, ACNP, 2000, Pag 354.
81. Lichtermann D, Ekelund J, Pukkala E, Tanskanen A, Lonnqvist J. Incidence of cancer among persons with schizophrenia and their relatives. *Arch Gen Psychiatry*. 2001; 58 (6): 573-8.
82. Lieberman AA, Coburn AF. The health of the chronically mentally ill: a review of the literature. *Community Ment Health J* 1986; 22: 104-16.
83. Lingjaerde O, Ahlfors UG, Bech P, Dencker SJ, Elgen K. The UKU side effect rating scale. A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients. *Acta Psychiatr Scand*. 1987; 37 (86) suppl: 1-100.
84. Lipper S, Werman DS. Schizophrenia and intercurrent physical illness: a critical review of the literature. *Compr Psychiatry*. 1977; 18 (1):11-22.
85. Llorca PM, Chereau I, Bayle FJ y cols; Tardive dyskinesias and antipsychotics: a review. *Eur Psychiatry* 2002; 17: 129-138.
86. Marder SR, Essock SM, Miller AL, Buchanan RW, Casey DE, Davis JM, Kane JM, Lieberman JA, Schooler NR, Covell N, Stroup S, Weissman EM, Wirshing DA, Hall CS, Pogach L, Pi-Sunyer X, Bigger JT Jr, Friedman A, Kleinberg D, Yevich SJ, Davis B, Shon S. Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2004; 161(8): 1334-49.
87. Masterson E, O'Shea B. Smoking and malignancy in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1984; 145: 429-32.
88. McCreddie RG. Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia: descriptive study *Br J Psychiatry* 2003; 183: 534-39.
89. McCreddie RG, Stevens H, Henderson J et al. The dental health of people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2004; 110 (4): 306-10.
90. McEvoy JP, Meyer JM, Goff DC, Nasrallah HA, Davis SM, Sullivan L, Meltzer HY, Hsiao J, Scott Stroup T, Lieberman JA. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: Baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophr Res*. 2005; 80 (1): 19-32.
91. McKinnon K, Cournois F, Meyer-Bahlburg HF, Guido JR, Caraballo LR, Margoshes ES, Herman R, Gruen RS, Exner TM. Reliability of sexual risk behavior interviews with psychiatric patients. *Am J Psychiatry*. 1993 Jun;150(6):972-4.
92. Mendez MF, Grau R, Doss RC, Taylor JL. Schizophrenia in epilepsy: seizure and psychosis variables. *Neurology*. 1993; 43 (6): 1073-7.
93. Meyer JM. Enfermedad cardiovascular e hiperlipidemia en pacientes con esquizofrenia. En: Meyer JM y Nasrallah H (eds). *Enfermedades medicas y esquizofrenia*. Ars Medica. Barcelona, 2004: 55-77.
94. Meyer JM, Koro CE. The effects of antipsychotic therapy on serum lipids: a comprehensive review. *Schizophr Res*. 2004; 70 (1): 1-17.
95. Miyaoka T, Seno H, Itoga M, Iijima M, Inagaki T, Horiguchi J. Schizophrenia-associated idiopathic unconjugated hyperbilirubinemia (Gilbert's syndrome). *Clin Psychiatry*. 2000; 61(11): 868-71.
96. Mortensen PB. Neuroleptic medication and reduced risk of prostate cancer in schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand*; 1992; 85: 390-3.
97. Mortensen PB. Mortality and physical illness in schizophrenia. En: Murray RM, Jones PB, Susser E, et al (eds). *The Epidemiology of Schizophrenia*. Cambridge, Mass: University Press; 2003. Pág: 275-287.
98. Mortensen PB and Juel K. Mortality and causes of death in first admitted schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 183-9.
99. Mueser KT, Yarnold PR, Levinson DF, Singh H, Bellack AS, Kee K, Morrison RL, Yadamalam KG. Prevalence of substance abuse in schizophrenia: demographic and clinical correlates. *Schizophr Bull*. 1990; 16(1): 31-56.
100. Muir-Cochrane E. Medical co-morbidity risk factors and barriers to care for people with schizophrenia. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006 Aug;13 (4): 447-52.
101. Mukherjee S, Decina P, Bocola V, Saraceni F, Scapicchio PL. Diabetes mellitus in schizophrenic patients. *Compr Psychiatry*. 1996; 37 (1): 68-73.
102. Nasrallah HA. An Overview of Common Medical Comorbidities in Patients With Schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66 (Supplement 6): 3-4.
103. Nasrallah HA. Neurologic comorbidities in schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2005b; 66 (Suppl 6): 34-46.
104. Newcomer JW. Metabolic considerations in the use of antipsychotic medications: a review of recent evidence. *J Clin Psychiatry*. 2007;68 Suppl 1:20-7.
105. Newcomer JW. Abnormalities of glucose metabolism associated with atypical antipsychotic drugs. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65 Suppl 18: 36-46.
106. Newcomer JW. Medical risk in patients with bipolar disorders and schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2006; 67 Suppl 9: 25-30.
107. Newman SC and Bland RC. Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1991; 36: 224-39.
108. Ortega JM, Gurpegui M, Díaz FJ, De León J. Tabaco y esquizofrenia. *Adicciones*. 2004. Vol. 16, Supl 2: 177-190.
109. Ortega A, Micó JA, González A. Efectos endocrinos de los antipsicóticos. *Actas Esp de Psiquiatr* 2001; 29 (Supl.1): 36-45.
110. Ösby U, Correia N, Brandt L, Ekblom A, Sparén P. Time trends in schizophrenia mortality in Stockholm County, Sweden: cohort study. *BMJ* 2000a; 321: 483-4.
111. Ösby U, Correia N, Brandt L, et al. Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden. *Schizophr Res*. 2000b; 45 (1-2): 21-8.
112. Peet M. Diet, diabetes and schizophrenia: review and hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl*. 2004; 47: 102-5.
113. Perry PJ, Miller DD, Arndt SV, Smith DA, Holman TL. Haloperidol dosing requirements: the contribution of smoking and nonlinear pharmacokinetics. *J Clin Psychopharmacol*. 1993; 13 (1): 46-51.
114. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 1990; 264 (19): 2511-8.
115. Rosenber SD, Goodman LA, Osher FC, Swartz MS, Essock SM, Butterfield MI et al. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *Am J Public Health*. 2001; 91 (1): 31-7.
116. Ruschena D, Mullen PE, Burgess P, Corder SM, Barry-Walsh J, Drummer OH, Palmer S, Browne C, Wallace C. Sudden death in psychiatric patients. *Br J Psychiatry*. 1998; 172: 331-6.
117. Ryan MC, Collins P, Thakore JH. Impaired fasting glucose tolerance in first-episode, drug-naive patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2003; 160(2): 284-9.
118. Ryan MC, Flanagan S, Kinsella U, Keeling F, Thakore JH. The effects of atypical antipsychotics on visceral fat distribution in first episode, drug-naive patients with schizophrenia. *Life Sci*. 2004; 74 (16): 1999-2008.



119. Ryan MC, Thakore JH. Physical consequences of schizophrenia and its treatment: the metabolic syndrome. *Life Sci* 2002; 71: 239-57.
120. Saari KM, Lindeman SM, Viilo KM, Isohanni MK, Jarvelin MR, Lauren LH, Savolainen MJ, Koponen HJ. A 4-fold risk of metabolic syndrome in patients with schizophrenia: the Northern Finland 1966 Birth Cohort study. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66 (5): 559-63.
121. Saari K, Jokelainen J, Veijola J, Koponen H, Jones PB, Savolainen M, Jarvelin MR, Lauren L, Isohanni M, Lindeman S. Serum lipids in schizophrenia and other functional psychoses: a general population northern Finland 1966 birth cohort survey. *Acta Psychiatr Scand*. 2004; 110 (4): 279-85.
122. Sacks FM. Metabolic syndrome: epidemiology and consequences. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65 (Suppl 18): 3-12.
123. Sánchez PM, Gutiérrez M, Segarra R, González A. Efectos secundarios extrapiramidales de los fármacos antipsicóticos. *Actas Esp Psiquiatr* 2001; 29 (Suppl 1): 17-35.
124. Sánchez-Araña T, Touriño González R, Hernández Fleta JL, León Pérez P. Alta prevalencia de síndrome metabólico en pacientes esquizofrénicos: una revisión de la literatura. *Psiquiatr Biol*. 2006; 13 (4): 127-35.
125. Schoos R, Cohen CI. Medical comorbidity in older schizophrenic person. En *Schizophrenia Into Later Life*. Edited by Cohen CI. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2003.
126. Shriqui CL, Annable L. Discinesia Tardía. En: Shriqui CL, Nasrallah HA (eds). Aspectos actuales en el Tratamiento de la Esquizofrenia. Madrid: Editores Médicos 1996. Pág: 665-718.
127. Sox HC Jr, Koran LM, Sox CH, Marton KI, Dugger F, Smith T. A medical algorithm for detecting physical disease in psychiatric patients. *Hosp Community Psychiatry*. 1989; 40 (12): 1270-6.
128. Strassnig M, Brar JS, Ganguli R. Nutritional assessment of patients with schizophrenia: a preliminary study. *Schizophr Bull*. 2003b; 29: 393-7.
129. Stroup TS, Morrissey JP. System of care for persons with schizophrenia in different countries. En: Lieberman JA, Murray RM (eds). *Comprehensive Care of Schizophrenia: A Textbook of Clinical Management*. Edited by London, Martin Dunitz; 2001, Pág: 315-26.
130. Taylor D, Young C, Mohamed R, Paton C, Walwyn R. Undiagnosed impaired fasting glucose and diabetes mellitus amongst inpatients receiving antipsychotic drugs. *J Psychopharmacol*. 2005; 19 (2):182-6.
131. Thakore JH. Metabolic syndrome and schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2005, 186: 455-6.
132. Thakore JH. Metabolic disturbance in first-episode schizophrenia. *Br J Psychiatry Suppl*. 2004; 47: 76-9.
133. Thakore JH, Mann JN, Vlahos I, Martin A, Reznick R. Increased visceral fat distribution in drug-naive and drug-free patients with schizophrenia. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2002; 26 (1): 137-41.
134. Vieweg V, Levenson J, Pandurangi A, Silverman J. Medical disorders in the schizophrenic patient. *Int J Psychiatry Med*. 1995; 25(2): 137-72.
135. Waddington JL, Youssef HA, Kinsella A. Mortality in schizophrenia. Antipsychotic polypharmacy and absence of anticholinergics over the course of a 10-year prospective study. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 325-9.
136. Walkup J, Satriano J, Hansell S, et al. Practices related to HIV risk assessment in general hospital psychiatric units in New York State. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 529-30.
137. Weinhardt LS, Carey MP, Carey KB. HIV-risk behavior and the public health context of HIV/AIDS among women living with a severe and persistent mental illness. *J Nerv Ment Dis* 1998;186: 276-82.
138. Wirshing DA. Schizophrenia and obesity: impact of antipsychotic medications. *J Clin Psychiatry*. 2004; 65 (Suppl 18): 13-26.
139. Yassa R, Mohelsky H, Dimitri R. Mortality rate in tardive dyskinesia. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 1018-9.
140. Zhang ZJ, Yao ZJ, Liu W, Fang Q, Reynolds GP. Effects of antipsychotics on fat deposition and changes in leptin and insulin levels. Magnetic resonance imaging study of previously untreated people with schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2004; 184: 58-62.

# Capítulo 12. Evaluación de las Habilidades Sociales en Rehabilitación Psicosocial

Sira Orviz García, Teresa Novoa Herrera y Mariola Palacios González

## 1. Introducción

Mientras que la evaluación sintomatológica y del deterioro de una persona con un trastorno mental grave constituye el primer paso necesario para el diagnóstico y la elección del tratamiento farmacológico, la evaluación funcional de las capacidades y déficits conductuales de un individuo es un requisito previo para establecer las intervenciones psicosociales <sup>1</sup>. Sin embargo en el campo de las habilidades sociales son frecuentes las publicaciones dedicadas a los programas de entrenamiento en habilidades sociales, siendo más escasa la bibliografía dedicada a la evaluación de las mismas, que permita poder dar un paso coherente desde la recogida de información a la intervención.

El presente capítulo constituye un intento de dar una visión lo más clara posible de la evaluación de las habilidades sociales en personas con problemas psiquiátricos crónicos. Esta, debe estar orientada a identificar los problemas o dificultades existentes, para posteriormente, planificar los programas de entrenamiento y valorar los efectos del aprendizaje obtenido, debiéndose evaluar todos los componentes de las habilidades sociales: los motores o conductuales, los cognitivos y los fisiológicos. En la detección de las dificultades mencionadas, se pretende determinar habilidades que no están presentes en el repertorio conductual del sujeto, aquellas que aún existiendo en el repertorio comportamental, son deficitarias en su ejecución debido a la falta de motivación para exhibirlas en determinadas situaciones, o a la falta de oportunidades para practicarlas <sup>2</sup>. De igual manera, es preciso identificar cuáles son las habilidades sociales que se manifiestan de manera eficaz y pueden ser útiles para el reforzamiento de otras conductas interpersonales menos hábiles.

Antes de referirse a la evaluación propiamente dicha, se intentará dar una definición de habilidades sociales que conforme un marco conceptual, para desarrollar el trabajo posterior. Las habilidades sociales son destrezas incluidas dentro del concepto más amplio de competencia social, aquellas respuestas que en una situación dada, se demuestran efectivas, es decir, maximizan la probabilidad de producir, mantener o intensificar los efectos positivos para el sujeto en la interacción.

La competencia social se refiere a algo global que facilita la adaptación del individuo, mientras que las habilidades sociales son las estrategias que se utilizan para la adaptación y ser competentes. Desde esta conceptualización, se entiende la *habilidad social* <sup>3</sup> como eficacia personal que conlleva la capacidad para conseguir objetivos instrumentales e interpersonales. Por tanto, las habilidades sociales son un conjunto de conductas aprendidas (y por tanto, pueden ser enseñadas), que se manifiestan en situaciones

interpersonales, socialmente aceptadas y orientadas a la obtención de refuerzos ambientales o autorrefuerzos <sup>4</sup>.

El concepto aludido, se ha ido complicando y ampliando en las últimas décadas debido a su gran desarrollo y aplicación en numerosas áreas de la Psicología. Esto hace que se trate de describir con mayor precisión los componentes que incluyen estas conductas y el concepto mismo de eficacia <sup>5</sup>. Estos aspectos, se desarrollarán con más detenimiento en el apartado siguiente, al exponer la evolución de las intervenciones destinadas a mejorar la capacidad de comunicación del sujeto.

## 2. Breve Reseña Histórica

La evaluación de los déficits en habilidades sociales así como la eficacia de las intervenciones desarrolladas para paliar esos déficits ha estado necesariamente ligada a la evolución de las formas de intervención. Por tanto se alude brevemente al origen de esos métodos de intervención así como a los componentes que se han ido incorporando posteriormente.

Se toma como primera referencia el libro de Salter <sup>6</sup> «Conditioned Reflex Therapy», en el que ya se mencionan los métodos para enseñar a determinados grupos de personas estrategias, que mejoren sus respuestas emocionales y sociales. Otro referente importante es, «Psicoterapia por Inhibición Recíproca» <sup>7</sup>, en el que defiende que los pacientes pueden superar sus temores sociales si se les enseña a emitir respuestas incompatibles con ansiedad o respuestas asertivas. También es destacable la contribución de Lazarus <sup>8</sup>, al introducir el término «behavioral rehearsal», o ensayo conductual. Las contribuciones de Skinner <sup>9</sup> con el condicionamiento operante producen la expansión de los entrenamientos que utilizan estrategias basadas en la teoría del aprendizaje y que se aplican dentro de los enfoques comunitarios a poblaciones de delincuentes, neuróticos graves, pacientes institucionalizados etc.

Bandura <sup>10</sup> con su teoría del aprendizaje social hace que cobre gran importancia el aprendizaje mediante modelos. Junto con otros científicos del comportamiento, demuestra la existencia de una amplia gama de emociones que se pueden aprender observando e imitando el rol de un modelo. Insiste en el papel que juegan los aspectos motores (gestos de las manos y del cuerpo, expresión facial) en combinación con los aspectos puramente verbales, para comunicar sentimientos. Con todas estas aportaciones de distintos campos de la psicología, en la década de los setenta se perfeccionan varios métodos para enseñar a personas con problemas a comunicar sus sentimientos y conversar, que recibieron diferentes denominaciones: entrenamiento en habilidades sociales, terapia estructurada de aprendizaje, entrenamiento en

efectividad personal, etc. Estos métodos, tienen el problema de la generalización, los aspectos motores (contacto visual, gestos, posturas) se generalizan mejor que aspectos más complejos como pedir un cambio a un compañero o iniciar una conversación.

A finales de la década de los setenta, Wallace <sup>11</sup> introduce los denominados modelos de habilidades sociales con Resolución de Problemas <sup>12</sup>, según el cual se deben considerar las capacidades para percibir y discriminar la información emitida, y evaluar las situaciones sociales (además de las capacidades conductuales o motoras de emitir respuestas, ya presentes en los modelos anteriores).

En 1980 este mismo autor, Wallace <sup>11</sup> hace una revisión crítica del término de «Habilidad Social», analiza las diferentes definiciones y concluye que en ellas se alude a cuatro elementos:

- Estados internos: sentimientos, actitudes y percepción del contexto interpersonal.
- Topografías de conducta: contacto visual, gestos, postura...
- Consecuencias de la interacción social para el entrenado: si logra o no sus objetivos, con un alto o bajo coste.
- Consecuencias de la interacción para la otra persona.

Este autor reconceptualiza la habilidad social como el repertorio conductual que se usa en encuentros sociales y que implica capacidad para percibir, seleccionar y emitir parámetros relevantes, y por tanto, responder adecuadamente en cada contexto particular.

El recorrido histórico-conceptual del término de «Habilidad Social» demuestra la dificultad que supone elaborar una «definición por extensión» del término, es decir, definir la habilidad social enumerando todos sus componentes. Además, la habilidad social no es meramente la conjunción sumativa de todos sus componentes en una persona, sino que, sólo una determinada combinación individualizada de algunas de esas competencias, es lo que consigue que se le considere socialmente hábil y eficaz para alcanzar sus objetivos. Y esa particular combinación es diferente para cada persona en función de diferentes características individuales como: esquema corporal, entorno físico, bagaje histórico sociocultural del individuo y del contexto concreto de interacción.

Liberman, De Risi y Mueser, <sup>3</sup> introducen algunos de los aspectos anteriores en su definición. Enfatizan la consecución de un fin determinado (objetivos), e incluyen los aspectos cognitivos y topográficos que son necesarios para llegar a esa meta. Definen Habilidad Social como la capacidad del sujeto para conseguir sus objetivos instrumentales e interpersonales.

Se insiste en la importancia de tener en cuenta también las capacidades cognoscitivas y emocionales. Las capacidades topográficas por sí mismas no desempeñan una guía adecuada de lo que comprende un desempeño social efectivo <sup>13,14</sup>. Esta aportación constituye un avance importante en el tratamiento de los déficits sociales y desplaza los enfoques que centran el trabajo únicamente en los componentes motores. Por último se cita a Roder <sup>15</sup>, que introduce el concepto de tratamiento multimodal en su programa de terapia integrada de la esquizofrenia compuesto por cinco subprogramas:

- Diferenciación cognitiva.
- Percepción social.
- Comunicación verbal.
- Habilidades sociales.
- Resolución de problemas interpersonales.

Según este modelo para lograr una terapia efectiva, se deben desarrollar los procesos cognitivos, antes de fomentar formas de conducta interactiva más compleja. Las habilidades básicas como la concentración, formación de conceptos, capacidad de abstracción, capacidad perceptiva y memoria deben ser practicadas en primer lugar, para poder desarrollar luego, formas más complejas de conducta social.

Con las diferentes aportaciones por parte de los diferentes autores se conforman los aspectos a evaluar, para posteriormente ser entrenados. Por tanto, se plantea la necesidad de tener en cuenta los elementos que se han citado, de forma que se pueda optar por diferentes modelos de intervención en función de los déficits y capacidades que presenta la población con problemas psiquiátricos graves y de curso crónico.

### 3. Justificación

En este apartado se señalan una serie de puntos que ponen de manifiesto el papel de la competencia social en la enfermedad mental, tanto en lo que se refiere a los déficits que aparecen en las personas con trastornos psiquiátricos graves y sus consecuencias, como a la eficacia y efecto de las estrategias de intervención destinados a paliar los mismos.

La relevancia de las habilidades sociales o capacidad de comunicación de las personas con trastornos mentales graves, radica en el hecho de que el déficit en la esfera social, es uno de los más frecuentes e importantes que se producen en el nivel premórbido, inicio y posterior desarrollo de la enfermedad mental, sobre todo en aquellas del espectro esquizofrénico <sup>5</sup>. Además la deficiencia de soporte social de estas personas, conlleva un incremento del riesgo de rehospitalización <sup>16</sup>.

Conviene señalar además, en relación con las consecuencias derivadas del déficit, que las personas con estas características, se encuentran en una situación de desventaja a la hora de cubrir las necesidades afectivas e instrumentales, que requieren de la interacción con terceros. Esto conlleva a su vez niveles elevados de aislamiento social. Por otra parte, la apatía y el desinterés por el entorno, inherentes a la enfermedad, se unen al hecho de no disponer de habilidades de comunicación adecuadas. Y como consecuencia viva las interacciones sociales con gran ansiedad.

Aunque la descripción anterior resulte un tanto desalentadora, los déficits en habilidades sociales pueden ser abordados desde los diferentes modelos de entrenamiento, existiendo numerosos estudios que avalan la efectividad de estas intervenciones. Estas, mejoran la competencia social de los individuos y las posibilidades de los pacientes de crear y mantener relaciones sociales de apoyo después de las recaídas o durante el proceso de rehabilitación psicosocial <sup>17</sup>. Por las razones expuestas, la evaluación <sup>18</sup> destinada a detectar problemas específicos en esta área constituye un proceso central en la rehabilitación psicosocial.

## 4. Proceso de evaluación de las habilidades sociales

Como todo proceso de evaluación en Psicología, la finalidad última del mismo es el conocimiento de la conducta problema, para la posterior modificación de la misma, de forma que este cambio produzca efectos positivos en la salud y la calidad de vida de las personas tratadas. Por tanto, la evaluación funcional supone la identificación de los déficits y capacidades, el contexto en el que se produce, los factores que la desencadenan o mantienen y los componentes cognitivos, conductuales, biológicos e interpersonales, implicados en la aparición y desarrollo posterior de la conducta.

Así mismo describir conductualmente un problema significa traducirlo a términos de frecuencia, intensidad, duración y cualidad; de forma que esto facilite medir y monitorizar los cambios con más exactitud.

Aun coexistiendo infinidad de procedimientos de evaluación, parece haber consenso sobre la conveniencia de utilizar la metodología del análisis funcional de conducta, basándose en la entrevista situacional para la recogida de información y apoyándose además en autoinformes, registros, evaluación de situaciones en vivo o mediante role-playing<sup>19</sup>. También se debe tener en cuenta que, por tratarse de personas con trastornos mentales graves, en su mayoría diagnosticados de esquizofrenia, se pueden encontrar casos donde aspectos como la sintomatología (bien sea de tipo psicótico o ansioso.), los marcados déficits cognitivos o la escasa red de apoyo, sean sumamente relevantes. A continuación, se expone cómo evaluar los elementos, anteriormente citados, organizando los mismos en cuatro apartados denominados de la siguiente forma: papel de la red de apoyo, papel de la ansiedad social, evaluación de las habilidades sociales propiamente dichas y valoración de la viabilidad de ser entrenado.

### 4.1. Red de apoyo social

El concepto de apoyo social es poco preciso, lo cual introduce cierta confusión a la hora de medir y evaluar, y se podría decir que hay tantas definiciones como autores<sup>20</sup>. Pese a ello, se parte del concepto de Bellon et al,<sup>21</sup> que entienden el *apoyo social* como un conjunto de lazos de unión entre varias personas, que contribuye a cubrir necesidades básicas, entendiéndose como tales, tanto las afectivas (la afiliación, el afecto la sensación de pertenencia, la identidad, seguridad y aprobación) como aquellas que proporcionan elementos básicos para la supervivencia (alimento, vestido y alojamiento) o servicios, siendo estas funciones desempeñadas por la red social de apoyo.

Dentro de la *red social* del sujeto se distinguen<sup>22</sup>:

- Sistemas de apoyo «formal», compuestos u organizados en torno a las intervenciones profesionales específicas, típicas de recursos médicos y sociales que prestan atención a esta población.
- Sistemas de apoyo « informal», que abarcan diversas redes sociales que emergen de forma natural, en cada uno de los diferentes contextos donde las personas viven o desarrollan un tipo determinado de actividad (figuras de apoyo que surgen del contacto en el entorno familiar, lúdico, formativo o laboral).

Otro concepto relevante dentro de esta exposición, es el componente subjetivo del apoyo social, denominado «*apoyo social percibido*», entendido como información que tiene el sujeto de su trato y su estatus ante los demás: información de que es querido o estimado y valorado, e información que le indica al sujeto que posee capacidad para establecer redes de comunicación y de relación<sup>17, 20</sup>.

Partiendo de estos conceptos hay que considerar tres formas de evaluar el apoyo social:

- **Evaluación de la integración social.** Se evalúa el apoyo social en términos de las conexiones del sujeto con otros individuos midiendo la *cantidad* de relaciones (número de personas con las que tiene contacto) y no la calidad.
- **Análisis de redes.** Se evalúa todo el campo social en el que el sujeto está inmerso, teniendo en cuenta las *propiedades estructurales* (tamaño, composición, densidad, dispersión), y las *interaccionales* de esas relaciones (diversidad de los vínculos, contenido de la interacción, que puede ser en relación a ayuda material, emocional etc; direccionalidad o reciprocidad y duración) y los efectos diferenciales de las mismas<sup>17</sup>.
- **Enfoque Perceptual.** Se centra en la *calidad* más que en la cantidad, en la evaluación subjetiva de ser apoyado y en la posibilidad de acceso a una clase de recurso típicamente presente en sus relaciones más íntimas.

En este apartado, lo relevante es conocer la red social del sujeto, con la finalidad de detectar aquellos puntos débiles en los que la mejora de la competencia o habilidad social pueda contribuir a mejorar su integración.

La evaluación de la red social requerirá la recogida de información a través de técnicas (descritas posteriormente en el apartado 4.5.), tales como los registros y la entrevista con el usuario. También se pueden utilizar instrumentos estándar (ver Anexo 1-A). De esta valoración multimodal se obtendrán, tanto datos cuantitativos como cualitativos.

- La información cuantitativa comprende datos relacionados con el número de personas con las que mantiene relación, así como la frecuencia de contacto, teniendo en cuenta las personas significativas de su entorno de interacción (Pareja, familia, amigos, vecinos, voluntarios, compañeros, profesionales etc.)
- La información cualitativa estará relacionada con el tipo o contenido del apoyo, realmente recibido y el apoyo percibido (calidad del apoyo y satisfacción con el apoyo recibido)<sup>17</sup>.

### 4.2. Ansiedad social

La ansiedad social, no es un componente de la habilidad, sino una variable que puede determinar el nivel de competencia del sujeto. Implica sentimientos de aprehensión, exceso de preocupación por uno mismo y malestar emocional ante situaciones sociales evaluativas tanto actuales como futuras. Esta sintomatología aflora cuando una persona desea causar una impresión favorable ante los demás pero duda que tenga éxito en tal cometido<sup>23</sup>, cuando existe un temor que invade a una persona ante la posi-



bilidad de que los demás la encuentren incapaz, inútil o rara y que en consecuencia, resulte rechazada<sup>24</sup>.

La revisión de este concepto<sup>25,26</sup> proporciona al menos tres conjuntos de respuestas en cualquier cuadro de ansiedad social:

- Conductuales: Entre ellas merecen destacarse la inhibición del habla, de los gestos, de la actividad motriz, a veces, aislamiento. Ello puede acontecer no sólo en situaciones específicas, sino también abarcar a otras situaciones más generales.
- Fisiológicas: sudor, palpitaciones, dolor de estómago, tensión, inquietud, desasosiego, etc.
- Respuestas cognitivas: las expectativas de una evaluación negativa por parte de los demás.

La evaluación de estos aspectos y su influencia en la habilidad social se lleva a cabo mediante entrevista o instrumentos elaborados para tal fin. (Ver Anexo I-C y Anexo IV).

### 4.3. Habilidad social

Para la evaluación de las habilidades sociales se toma como referencia la situación<sup>16</sup>. Las habilidades sociales son específicas de cada situación, de modo que la adecuación o inadecuación de la conducta social depende en gran medida del entorno en el que ocurre. Por ello, la evaluación debe ser situacional o contextualizada. Tomando como referencia el contexto, se deben tener en cuenta los siguientes apartados.

1. *Situaciones de relación interpersonal problemática.* Se seleccionan situaciones que por su frecuencia, intensidad, duración, cualidad o repercusiones sobre la vida del sujeto, adquieren una relevancia especial para él, para su familia o para su adaptación al medio de pertenencia.

2. *Componentes verbales de la comunicación.* Se relacionan con los contenidos y la funcionalidad o capacidad para conseguir objetivos. El habla se emplea para una variedad de propósitos como, por ejemplo, comunicar ideas, describir sentimientos, razonar y argumentar. Las palabras empleadas dependerán de la situación en que se encuentre una persona, su papel en esa situación y lo que está intentando lograr. El tema o contenido del habla puede variar en gran medida. Algunos elementos verbales que se han encontrado importantes en la conducta socialmente habilidosa han sido, por ejemplo, las expresiones de atención personal, los comentarios positivos, las preguntas, los refuerzos verbales, el empleo del humor, la variedad de los temas, las expresiones en primera persona, la emisión de conductas asertivas, etc.

3. *Componentes no verbales de la comunicación.* La comunicación no verbal es inevitable en presencia de otras personas. Un individuo puede decidir no hablar, o ser incapaz de comunicarse verbalmente, pero puede emitir mensajes a los demás por medio de su cara y de su cuerpo<sup>27</sup>. Se puede decir, incluso que, la manera en que se expresa un mensaje socialmente adecuado es mucho más importante que las palabras que se usan<sup>28</sup>.

Los componentes no verbales de la comunicación podrían resumirse en:

**Expresión facial:** Parece ser que la cara es el principal sistema de señales para mostrar las emociones. Una conducta socialmente habilidosa requiere una expresión facial que esté de acuerdo con el mensaje. La expresión de la cara está determinada principalmente por:

- Mirada: Se define objetivamente como «el mirar a otra persona a los ojos, o de forma más general, a la mitad superior de la cara». La mirada mutua, implica que se ha establecido «contacto ocular» con otra persona. Casi todas las interacciones de los seres humanos dependen de miradas recíprocas.
- Sonrisa: La sonrisa es la emoción más habitualmente utilizada para esconder otra<sup>29</sup>. Puede utilizarse como sonrisa defensiva o como gesto de pacificación. Puede servir para transmitir el hecho de que a una persona le gusta otra; puede suavizar un rechazo, comunicar una actitud amigable, y animar a los demás a que le devuelvan una sonrisa.

**Gestos:** Un gesto es cualquier acción que envía un estímulo visual a un observador. Para llegar a ser un gesto, un acto tiene que ser visto por algún otro y tiene que comunicar alguna información. Los gestos son básicamente culturales. Estos pueden referirse tanto a aquellos relacionados con movimientos faciales o de la cabeza como a los llevados a cabo con las manos u otras partes del cuerpo.

**Postura:** La posición del cuerpo y de los miembros, la forma en que se sienta la persona, como está de pie y cómo pasea, reflejan sus actitudes y sentimientos sobre sí misma y su relación con los otros.

**Orientación:** El tipo de orientación espacial denota el grado de intimidad /formalidad de la relación. Cuanto más cara a cara es la orientación, más íntima es la relación y viceversa.

**Distancia interpersonal:** Es otro componente, frecuentemente deficitario en las personas con problemas psiquiátricos crónicos, debido al acercamiento excesivo o que invade el espacio íntimo del otro. Pudiendo darse de la misma forma el caso contrario en el que la distancia excesiva dificulta la comunicación.

**Contacto físico:** El grado de proximidad expresa claramente la naturaleza de cualquier interacción y varía con el contexto social.

**Apariencia personal:** Los componentes en los que se basan el atractivo y las percepciones del otro son las características físicas. La apariencia es la auto-presentación ante los demás.

4. *Componentes paralingüísticos:* La comunicación humana por medio del habla depende del empleo especializado del canal audiovisual. Algunas señales vocales son capaces de comunicar mensajes por sí mismas: llorar, reír, silbar, bostezar, etc.)

Otras vocalizaciones se encuentran muy relacionadas con el contenido verbal, incluyendo:

**Volumen de la voz:** La función más básica del volumen consiste en hacer que un mensaje llegue hasta un oyente potencial.

**Entonación:** Sirve para comunicar sentimientos y emociones. Unas palabras pueden expresar esperanza, afecto,

sarcasmo, ira, excitación o desinterés, dependiendo de la variación de la entonación del que habla.

**Fluidez:** Las vacilaciones, falsos comienzos y repeticiones son bastante normales en las conversaciones diarias. Sin embargo, las perturbaciones excesivas del habla podrían interpretarse negativamente causando una impresión de inseguridad, incompetencia, poco interés o ansiedad.

**Claridad:** La claridad a la hora de hablar es importante. Si se habla arrastrando las palabras, a borbotones, con un acento o vocalización excesivos, el discurso puede ser difícil de seguir por parte del oyente.

**Velocidad:** Hablar lentamente puede hacer que los demás se impacienten o se aburran. Por el contrario, si se hace con demasiada rapidez, puede no ser entendido.

**Tiempo de habla:** Este elemento se refiere al tiempo que se mantiene hablando el individuo. El tiempo de conversación de una persona puede ser problemático por ambos extremos, es decir, tanto si apenas habla como si habla demasiado. Lo más adecuado es un intercambio recíproco de información.

**Latencia de respuesta:** Tiempo que transcurre entre la emisión de una pregunta por un interlocutor y la respuesta dada por otro.

#### 4.4. Posibilidad de ser entrenados

Como se ha mencionado en repetidas ocasiones, la finalidad de la evaluación es organizar el entrenamiento; por tanto, conviene valorar si las capacidades del sujeto le permiten participar con aprovechamiento del mismo en un programa grupal estándar o si es pertinente abordar los problemas, desde otra modalidad de intervención, o si procede la previa intervención en otras áreas. Recordar que en ocasiones puede ser difícil diferenciar déficits cognitivos de síntomas psicóticos (sobre todo en el caso de los síntomas negativos) o de efectos secundarios de la medicación. Cuando esto ocurre los entrenamientos en habilidades sociales posiblemente no sean eficaces.

Antes de iniciar el entrenamiento en habilidades sociales hay que tener en cuenta que los métodos que se utilizan deben adaptarse a las características de las personas con problemas psiquiátricos crónicos<sup>3</sup> que puedan beneficiarse de este tipo de intervenciones. Por tanto, aquellas que más posibilidades tienen de ser entrenadas con éxito serán las que presentan las siguientes características:

1. Tener déficit en habilidades sociales.
2. Ser capaces de comprender las instrucciones de los formatos de intervención.
3. Tener capacidad para mantener la atención durante el tiempo que dure la sesión.
4. Tolerar la situación de grupo.
5. Estar motivados.
6. Ser capaces de entender y realizar juegos de roles (role-playing).

Pueden presentar dificultades para ser entrenados aquellas personas que presentan:

1. Sintomatología interfiriente, (sea esta de tipo psicótico, ansiedad excesiva en situaciones sociales, etc.).

2. Déficit cognitivo que impida la participación en el programa.
3. Déficit sensorial que impida la participación en el programa.
4. Historia previa de absentismo.

Conviene plantearse aplazar el entrenamiento en habilidades sociales, en aquellos casos en los que aparezca sintomatología psicótica activa, consumo de tóxicos interfiriente, falta de motivación, conductas disruptivas, etc.

El entrenamiento en habilidades sociales: puede ser individual o grupal. La estructura de grupo funciona bien cuando los pacientes no son demasiado diferentes en cuanto a sus capacidades. Algunas personas pueden que en un primer momento no estén preparadas para el entrenamiento, siendo más beneficiosa su incorporación posterior (dando así la oportunidad de superar problemas que podrían dificultar o imposibilitar el aprovechamiento del programa). También puede ocurrir que un individuo no presente déficit en todos los módulos de entrenamiento, con lo que su incorporación sería más beneficiosa sólo en los módulos donde presente déficit, evitando así la desmotivación y el gasto de tiempo innecesario.

#### 4.5. Descripción de las técnicas de evaluación

Actualmente se cuenta con múltiples y variados procedimientos para la evaluación de las habilidades sociales; sin embargo, no existen demasiados instrumentos validados para la población de enfermos mentales.

A continuación, se alude a algunos instrumentos existentes:

1. **Entrevista.** La entrevista es un instrumento inicial, de carácter general y estructurado, aplicable tanto al paciente como a terceros (principalmente familiares). A través de la propia entrevista o en la entrevista a terceros se evalúan, mediante preguntas directas o indirectas los déficits en habilidades sociales valorando el funcionamiento del usuario en un contexto determinado. La entrevista se plantea a partir de los contextos o áreas en las que el sujeto interactúa o tiene posibilidades de interactuar. Esto dará además una idea del soporte social con el que el paciente cuenta.

2. **Estrategias de role-play.** Si no es factible para el terapeuta observar al usuario en la situación real en la que tienen lugar el problema, una alternativa es recrear dicha situación en su despacho. En esta estrategia, el paciente y el terapeuta representan las interacciones interpersonales relacionadas con sus habilidades sociales. La representación de un papel, no se utiliza solamente en el contexto de evaluación, sino que será una estrategia a utilizar también, en el entrenamiento de habilidades sociales<sup>30</sup>.

3. **Cuestionarios o autoinformes.** El autoinforme puede definirse como un mensaje verbal que emite un sujeto acerca de cualquier tipo de manifestación propia que puede ser tanto externa (por ejemplo, número de veces que habla con su madre) o interna (por ejemplo, los pensamientos ansiosos)<sup>31</sup>.

Los cuestionarios, inventarios y escalas pueden definirse como un conjunto de autoinformes con preguntas o afirma-

ciones ante las que un sujeto debe dar una respuesta dicotómica (sí/no) o (verdadero/falso); indicar su grado de acuerdo o conformidad en una escala, o bien, ordenar los distintos elementos de una lista según las preferencias del sujeto.

4. **Método observacional.** Son técnicas de evaluación que implican dirigir la atención de forma deliberada a la propia conducta y proceder de forma que mediante su registro objetivo, sistemático y específico de la conducta generada de forma espontánea y, una vez se ha sometido a una adecuada codificación y análisis, nos proporcione información útil<sup>32</sup>.

La recogida de datos ha de hacerse de forma planificada, al igual que en la observación directa. Se debe detallar el sistema de registro, en este caso denominado «autorregistro», cuyas categorías a observar deben ser claras, exclusivas y exhaustivas. Para la determinación del sistema de registro es necesario tener en cuenta las características del sujeto, tales como nivel cultural, edad, etc., realizando un entrenamiento que ha de incluir:

1. Definición clara y sencilla de la conducta a observar.
2. Instrucciones sobre cómo y cuándo registrar la conducta.
3. Simulaciones, planteando situaciones problemáticas.

#### 4.6. Proceso de evaluación con el paciente

En este apartado se pretende dar una visión práctica en la que se integren, los contenidos anteriores de forma que puedan constituir una guía sencilla para desarrollar la evaluación.

Comenzando con la *entrevista* y el planteamiento de la *situación o contexto* como referencia para la misma, se describen las situaciones o contextos para evaluar habilidades emitidas, tensiones y apoyo percibido, demandas de la situación y la capacidad del sujeto para responder a ellas.

Las áreas de interacción que se evalúan<sup>16</sup> se dividen en dos grandes áreas de acuerdo con la definición de habilidad social, siendo el área de relación interpersonal y el área instrumental, los bloques que a continuación se desarrollan:

##### 1. Área de relaciones interpersonales

Evaluar en esta caso las relaciones afectivas con las personas de su entorno habitual:

- Miembros de su familia.
- Amigos.
- Personas de los distintos contextos de interacción (compañeros de trabajo de estudio, de actividades lúdicas deportivas o de ocio en las que participe).

Es importante valorar si hay dificultades añadidas de relación con personas de diferente sexo.

En esta área conviene plantear preguntas indirectas relacionadas con los siguientes aspectos:

- Frecuencia con la que ve o está con esa persona o personas.

- ¿Con quién habla más?
- ¿Con quien se siente más cómodo?
- Personas con las que suele tener algún tipo de enfrentamiento o discusión y razones de la misma.
- ¿A quién acude cuando tiene un problema o necesita ayuda?
- ¿Quién acude a él solicitando lo anterior? etc.

Se introducirá además cuestiones relacionadas con la aparición de señales de ansiedad o evitación, del sujeto en estas situaciones.

Con la información obtenida, el terapeuta decide o selecciona las áreas en las que el sujeto presenta déficits, para evaluar posteriormente de forma más específica los contenidos o componentes verbales: habilidades de relación interpersonal que incluyen capacidades conversacionales, asertivas y de expresión de emociones positivas hacia terceros. Veamos a que nos referimos con cada una de ellas.

- *Capacidades conversacionales:* Incluyen las habilidades necesarias para iniciar, mantener y desarrollar conversaciones en interacciones sociales. Para la evaluación de las mismas se utilizan los instrumentos mencionados anteriormente, preguntas directas al usuario (que nos dan idea de la conciencia de déficit) ejemplos o situaciones hipotéticas (como en cuanto a contenidos y forma), etc. Siendo de especial utilidad la observación natural así como la utilización de estrategias de role playing. Al utilizar estas últimas se debe valorar la medida en la que el usuario es capaz de aplicar las pautas habituales que se dan en la conversación, además de valorar si saluda, inicia conversaciones, mantiene el hilo de las mismas, cambia de tema correctamente cierra o finaliza la conversación, se despide, etc.
- *Capacidades asertivas:* Incluyen la capacidad para defender los propios derechos, capacidad para hacer críticas y responder ante ellas, capacidad para hacer y rechazar peticiones, etc.
- *Capacidad para expresar emociones positivas:* Incluiría este apartado capacidad para hacer y recibir cumplidos, expresar sentimientos de bienestar, alegría o agrado sobre uno mismo, o relacionados con terceros.

##### 2. Áreas de funcionamiento instrumental

Valora en este caso, la habilidad para interactuar, con personas que representan una figura de autoridad o bien personas encargadas de proveerles de servicios. Se pregunta al usuario por las cosas que hace habitualmente (ir al banco, comprar, usar transportes, etc.), y por la forma de hacerlo, el resultado de la interacción y el grado de confort o discomfort (ansiedad que esto le produce). Igualmente se recogen datos sobre las cosas que solía hacer antes y ahora no hace, así como aquellas que considera debería hacer y no se siente capacitado para llevar a cabo en la actualidad.

Una vez desarrolladas las áreas de interacción se describen pautas para utilizar durante la entrevista:

1. Formular preguntas dentro de la entrevista situacional. Esto englobaría la posibilidad de que el sujeto comente un ejemplo reciente en el que ha puesto en marcha su repertorio conductual, relacionado con cada una de las áreas mencionadas.

2. Plantear situaciones hipotéticas. En caso de que el sujeto no sea capaz de poner ejemplos se aplican estrategias de role play para evaluar componentes verbales de la conducta.
3. La evaluación de los componentes no verbales, verbales y paralingüísticos. Se plasma en registros (ver Anexo II), en los que se anota además si el contenido de la interacción es coherente (es decir hay relación entre pregunta y respuesta), si se elige un momento oportuno para la intervención, y si el nivel de auto-apertura (información personal o íntima) está en consonancia con la situación, así como su capacidad de empatía (ponerse en la situación del interlocutor y entender su punto de vista). La información recogida mediante la entrevista se puede completar mediante cuestionarios o escalas (Anexo I–B). Del mismo modo si es preciso información de terceros, se utilizan registros elaborados para tal fin, como el que se facilita en el anexo III.

## 5. ¿Qué hacer con la información recogida?

Como se ha mencionado anteriormente la evaluación es un método de análisis y recogida de información cuya finalidad es diseñar una intervención eficaz. Siendo por otro lado la evaluación la que marca los diferentes estadios de la intervención y a partir de ella se programan los objetivos, se elige entre un modelo u otro de intervención y se controlan los resultados<sup>33</sup>. La mera aplicación de un programa estructurado, que no obedezca a los resultados de la evaluación, puede conllevar en el mejor de los casos un trabajo innecesario o ineficaz.

Si bien en este capítulo se han mencionado distintas estrategias de evaluación, es tarea del clínico seleccionar aquellas más relevantes en función de sus objetivos y de las características de las personas a evaluar. Esta cuestión se plantea con la finalidad de evitar la recogida de gran cantidad de información de escasa utilidad para la intervención posterior. Así la elección de instrumentos y estrategias de evaluación debe de cumplir un primer criterio y es que éstos puedan ser utilizados para evaluaciones sucesivas y periódicas, cuyos resultados deriven en la toma de decisiones clínicas<sup>1</sup>.

La entrevista debe servir para recoger la información que nos permita determinar las conductas posteriores a modificar. De los problemas detectados se seleccionan aquellas conductas frecuentes o con alta posibilidad de ocurrencia, que dificultan o imposibilitan la adaptación en el entorno social. Así mismo, la modificación de las conductas seleccionadas debe ser funcional (servir para algo), y producir beneficios en la vida de las personas, a poder ser percibidos o anticipados por los pacientes. Y como no, debe ser posible su modificación, es decir, debemos plantearnos objetivos de fácil consecución y que la misma, sirva de fuente de motivación para los individuos. Esto se aplicará tanto a las conductas por exceso como por defecto.

Siguiendo el planteamiento anterior, una vez recogida la información y con la finalidad de diseñar una intervención relacionada con los problemas que realmente tiene cada usuario, debemos estar en condiciones de responder a las siguientes preguntas:

- Situaciones, ámbitos y/o personas con las que el usuario tiene conflictos.
- Cambios de conducta deseables en las diferentes áreas.
- Aportaciones a la vida del sujeto que conllevarían, los cambios anteriormente citados.

Posteriormente, debemos responder a las siguientes preguntas:

1. ¿Se pueden modificar esas conductas?
2. ¿Mediante qué métodos?
3. ¿Es un momento adecuado para la intervención?

Tras esto, se seleccionarán aquellas situaciones relevantes y aspectos a modificar en cada situación, señalando los componentes verbales y no verbales de la comunicación. Tras el análisis de la información, una hoja de evaluación permite recoger la propuesta de intervención y el efecto de la misma sobre la conducta del sujeto. Esta forma de recogida de información, se ilustra con el ejemplo que aparece en el Anexo V.

En el momento que ésta esté completa, seguramente se está en condiciones de pasar a la intervención incidiendo en los problemas que la persona padece. De esta forma se puede contribuir a potenciar la eficacia de los entrenamientos en habilidades sociales, evitando además la desmotivación de pacientes y profesionales.



## ANEXO I. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

### A. REDES SOCIALES.

#### SOCIAL NETWORK SCHEDULE (LEFF ET AL. 1990)

Ideado inicialmente para evaluar las redes sociales de personas ingresadas en hospitales psiquiátricos, pero posteriormente muy utilizado en poblaciones en tratamiento ambulatorio. Delimita las personas de contacto con el usuario en el último mes, recogiendo además la frecuencia, el contenido, tipo de relación, etc.

#### CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL (SOCIAL SUPPORT QUESTIONNAIRE- SSQ) (I SARASON, LEVINE, BASHAN Y R SARASON 1983)

Esta prueba mide la disponibilidad y la satisfacción con el apoyo social. Incluye 27 ítems, y ante cada uno el sujeto debe identificar las personas a las que recurre en situaciones específicas e indicar su satisfacción con estos apoyos. La mayoría de los ítems se refieren a apoyo emocional, por lo que quizá es más adecuada para evaluar este tipo de apoyo.

#### ENTREVISTA DE INTERACCIÓN SOCIAL (INTERVIEW SCHEDULE FOR SOCIAL INTERACTION) ISSI. (HENDERSIN, BYRNE, DUNCAN- JONES, SCOUT Y ADCOCK, 1980)

Se trata de un protocolo de entrevista con 52 cuestiones relativas a la disponibilidad y adecuación de las personas en roles específicos, sobre varios tipos de apoyo: relaciones afectivas íntimas, integración social, pertenencia a una red de personas con las que compartir intereses y valores, oportunidad de dar apoyo a otros, refuerzo del valor personal, sentido de formar una alianza fiable y obtener ayuda y orientación de consejeros informales. Cada pregunta tiene dos partes, una sobre la disponibilidad de un apoyo específico, seguida por una cuestión acerca de su adecuación.

### B. HABILIDADES SOCIALES.

#### ESCALA DE ASERTIVIDAD DE RATHUS (RAS, RATHUS, 1973)

Consta de 30 ítems, (valorados +3 -3). Describe conductas asertivas y agresivas socialmente. Mayor puntuación indicaría más habilidades asertivas y un menor déficit de habilidades.

#### INVENTARIO DE ASERCION (IA, Gambrill y Richey, 1975)

Consta de 40 ítems, que permiten señalar probabilidad de realizar la conducta y grado de ansiedad. Los ítems señalan habilidades como rechazo de peticiones, expresión de límites personales, inicio de contactos sociales, expresión de sentimientos, hacer y recibir críticas, expresar deseos, etc.

#### ESCALA-INVENTARIO DE ACTUACION SOCIAL (SPSS, Lowe y Cautela, 1978)

Consta de 50 ítems de habilidades positivas y 50 ítems de habilidades negativas, valorando la frecuencia con que se realizan esas conducta de 0 a 4. Útil para marcar objetivos de tratamiento.

#### SISTEMA DE EVALUACIÓN CONDUCTUAL DE LA HABILIDAD SOCIAL (SECHS, Caballo, 1987)

Escala que evalúa el comportamiento del sujeto puntuando de 1 a 5 la adecuación de cada uno de los componentes no verbales de la habilidad social. Una puntuación inferior a 3 en un componente indicaría una posible intervención para hacer más adecuada la habilidad.

#### ESCALA DE INTERACCION SOCIAL (LIBERMAN ET AL., 1989)

La escala que aquí se presenta está pensada para la evaluación de las habilidades sociales de pacientes psiquiátricos con trastornos severos e

incapacitantes, en su ambiente (p. Ej. unidades de internos, hogares de transición, hospitales de día...)

#### ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EXPRESION SOCIAL (EMES, CABALLO ET AL., 1993)

Consta de 150 ítems donde se describen aspectos de habilidades sociales, cogniciones y ansiedad, divididos en dos subescalas, motora y cognitiva. Las habilidades que se describen son: hacer y recibir cumplidos, hacer y rechazar peticiones, iniciar y mantener conversaciones, expresión de sentimientos, defensa de derechos, expresión de opiniones personales, manejo de crítica y afectos negativos; todo ello se describe dentro de diferentes interacciones: familia, padres, pareja, amigos, sexo opuesto, desconocidos, personas con autoridad, etc.

#### ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES (EHS, E. GISMERO, 2000)

Evalúa la aserción y las habilidades sociales. Este cuestionario compuesto por 33 elementos explora la conducta habitual del sujeto en situaciones concretas y valora hasta qué punto las habilidades sociales modulan a estas actitudes. La información que ofrece el cuestionario queda contenida en factores como: defensa de los propios derechos; tomar iniciativas con el sexo opuesto; expresión de opiniones, sentimiento o peticiones; decir «no» o defender los propios derechos; expresarse en situaciones sociales; cortar una interacción; capacidad de hacer cumplidos y expresión de enfado o disconformidad.

### C. ANSIEDAD SOCIAL.

#### ESCALA DE ANSIEDAD SOCIAL Y DISTRÉS DE WATSON Y FRIEND (SADS) (WATSON Y FRIEND, 1969)

Esta escala no evalúa sólo la ansiedad social, sin embargo, la mayor parte de sus 28 ítems están referidos a este constructo. Tiene unas adecuadas propiedades psicométricas y es, con mucho, la escala con la que se han realizado más trabajos clínicos (Leary, 1983).

#### ESCALA DE TEMOR A LA EVALUACIÓN NEGATIVA (FNE, WATSON Y FRIEND, 1969)

Tiene 30 ítems que hacen referencia al temor a ser criticado o a recibir apreciaciones negativas por parte de los demás, pero alguno de ellos son redundantes, por lo que los autores redujeron la escala a 12 ítems que correlacionan 96 con la escala general (Leary, 1983).

#### ESCALA DE INTERACCIÓN SOCIAL (LAS; LEARY, 1983)

Consta de 15 ítems referentes al malestar que siente una persona al entrar en contacto con extraños y con personas del sexo opuesto. Sus propiedades psicométricas son aceptables (Leary, 1983).

#### INVENTARIO DE ANSIEDAD SOCIAL (SAI; BEIDEL, TURNER, DANCU Y STANLEY, 1986)

Evalúa los síntomas cognitivos, comportamentales y somáticos de la ansiedad social a través de sus 45 ítems. Goza de buenas cualidades psicométricas (Beidel et al., 1986).

#### SITUATION QUESTIONNAIRE (SQ; REHM Y MARSTON, 1968)

Evalúa el grado de ansiedad que experimenta una persona ante determinadas situaciones sociales. Tiene unas excelentes propiedades psicométricas (Heinberg et al. 1980).

Las entrevistas conductuales que gozan de mayor prestigio son la *Social Anxiety History Questionnaire* (Turner. Beidel et al., 1986) y *Anxiety Disorders Interview Schedule* (ADIS. DiNardo, O'Brien, Barlow, et al., 1983; e incluso, la versión revisada (ADIS-R; Turner, Beidel, et al., 1986). Las propiedades psicométricas de estas entrevistas son muy valiosas (Barlow, 1985; Glass y Arnkott 1989).

## ANEXO II. REGISTRO DE COMPONENTE NO VERBALES Y PARA-LINGÜÍSTICOS DE LAS HABILIDADES SOCIALES

NOMBRE:

FECHA:

COMPONENTES NO VERBALES	Muy adecuado	Adecuado	Poco adecuado	Inadecuado
Expresión facial (sonrisa y mirada)				
Postura				
Orientación				
Distancia/ Contacto físico				
Gestos				
Apariencia personal				
COMPONENTES PARALINGÜÍSTICOS	Muy adecuado	Adecuado	Poco adecuado	Inadecuado
Volumen de la voz				
Entonación				
Timbre				
Fluidez				
Velocidad				
Claridad				
Tiempo de habla				
Latencia de la respuesta				
Adecuación de los contenidos	Muy adecuado	Adecuado	Poco adecuado	Inadecuado
Auto-apertura				
Oportunidad de la intervención				
Empatía				
Coherencia				

ANEXO III. REGISTRO DE OBSERVACIÓN DE TERCERAS PERSONAS DE COMPONENTES VERBALES

NOMBRE:

FECHA:

CLASE DE CONDUCTAS	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	POCAS VECES	CASI NUNCA
Inicia una conversación				
Mantiene una conversación				
Habla en un grupo				
Hace un cumplido				
Pide un favor				
Rechaza una petición				
Defiende tus derechos				
Expresa afecto				
Expresa una opinión				
Expresa desagrado				
Realizar una crítica				

Este registro es adecuado para ser cumplimentado por familiares, miembros del equipo o el propio evaluador. El registro completado constituye una guía que nos indica que aspectos verbales de las habilidades sociales precisan ser entrenados.

## ANEXO IV. AUTORREGISTRO DE SITUACIONES DE ANSIEDAD SOCIAL

NOMBRE:

PERIODO:

HORA Y DIA EN QUE OCURRIO	SITUACION	GRADO DE ANSIEDAD (0-10)	PENSAMIENTO	CONDUCTA	RESPUESTA DE LOS DEMAS	SATISFACCION CON EL RESULTADO

Este registro permite valorar las anticipaciones negativas y su influencia en la conducta social. Por otro lado, permite plantear la posibilidad de intervención mediante el entrenamiento en habilidades sociales o la inclusión de otro tipo de estrategias de control de ansiedad.

## ANEXO V. HOJA DE EVALUACIÓN.

NOMBRE:

FECHA:

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA	ASPECTOS NO VERBALES	ASPECTOS VERBALES	OBJETIVOS A CONSEGUIR	OBJETIVOS CONSEGUIDOS EV. INTERMEDIA	OBJETIVOS CONSEGUIDOS EV. FINAL

Constituye el resumen de aquellas conductas seleccionadas para su posterior modificación. Estas conductas y los objetivos planteados en ellas deberán servir de guías para el entrenamiento posterior, así como para la evaluación.



## Bibliografía

1. Kuehnel TG, Liberman RP. Evaluación funcional. En Liberman R. P., Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Barcelona: Martínez Roca; 1993. p .66-108.
2. Gresham, FM. Social skills: Conceptual and applied aspects of assessment, training and social validation. En J.C.Witt, S. N. Elliott y F. M. Gresham. Handbook of Behavior Therapy in Education, Nueva York: Plenum Press; 1988. p. 523-46.
3. Liberman RP, De Risi W y Mueser KT. Social skills training for psychiatric patients. New York: Pergamon Press; 1989.
4. Gil, F. Entrenamiento en habilidades sociales. En M.A. Vallejo y M.ª Ruiz. Manual práctico de modificación de conducta. Madrid: Fundación Universidad Empresa; 1993.
5. Rullas M y Carretero G. Habilidades sociales. En Cuadernos técnicos de servicios sociales. Rehabilitación Psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas Básicos de Intervención. Consejería de Servicios Sociales: Comunidad de Madrid; 2002. p.151-62.
6. Salter, A Conditioned reflex therapy, Nueva York, Farrar, Strauss and Giroux; 1949.
7. Wolpe, J. PsychoTherapy by reciprocal inhibition, Palo Alto, California, Stanford University Press; 1958.
8. Lazarus, AA. Behaviour rehearsal vs. non-directive therapy vs. advice in affecting behaviour change. En Behaviour Research and Therapy, 1966; (4): 209-12.
9. Skinner, B. F. Ciencia y conducta humana. Fontanella, 1970.
10. Bandura, A. y Walters, R. H. Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Madrid Alianza, 1974.
11. Wallace, C., Nelson, C., Liberman, R., Atchison, R., Wakoff, D. A review and critique of social skills training with schizophrenic patients, Schizophrenia bulletin, 1990; (61): 42-63.
12. Finch, B. Wallace, Ch. Successful interpersonal skills training with schizophrenic inpatients. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1977; 35: 85-90.
13. Monti, PM. y cols. Social skills training for psychiatric patients: training and outcome. En Currant J. P. y Monti, PM. (Eds.), Social Skills. Nueva York: The Guilford Press; 1982. p. 185-224.
14. Watts. FN, Bennet, DH. Rehabilitación Psiquiátrica: teoría y práctica, México: Limusa; 1990.
15. Roder V, Brenner HD, Hodel B, Kienzel. El programa Terapéutico y sus cinco subprogramas. En: Roder V, Brenner HD, Hodel B, Kienzel. Editores. Terapia integrada de la Esquizofrenia. Barcelona: Ariel Psiquiatría S.A.; 1996. p.51-86.
16. Orviz; Fernández. Entrenamiento en Habilidades Sociales para personas con problemas psiquiátricos crónicos. En: Rodríguez A, Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos; 1997. p 229-47.
17. Villalba Quesada C. Redes sociales e integración social. En: Rodríguez A, editor. Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Pirámide; 1997. p.299-316.
18. Vallina Fernández O, Lemos Giráldez S. Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. En: Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez C, Amigo Vázquez I, coordinadores. Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Madrid: Pirámide; 2003. p.35-72.
19. González Cases J, Mayoral F, Fernández J, Touriño R. Evaluación funcional en rehabilitación psicosocial: Métodos e instrumentos. En: Gisbert Aguilar, coord. Rehabilitación Psicosocial y tratamiento integral del y trastorno mental severo; 2003. p.57-106.
20. García Herrera, A. El apoyo social. Hojas informativas Iltre. Colegio Oficial de Psicólogos de las Palmas. Febrero 2003; 53 [6 páginas]. Disponible en: URL: <http://www.cop.es/delegaci/pal-mas/biblio/social/social08.pdf>. Consultado Enero 16, 2006.
21. Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna Del castillo JD y Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional de Duke UNC-11. Publicación oficial de la sociedad española de medicina de familia y comunitaria. 1996; (4): 153-63.
22. Sepúlveda R, Troncoso M, Álvarez C. Psicología y Salud el papel del apoyo social. Revista médica de Santiago. 1998; (2): 48-63.
23. Schlenker. BR, Leary, MR. Social anxiety and self presentation: a conceptualization and model. Psychological Bulletin. 1982; (92): 641-69
24. Leitenberg, H. Introduction. En H. Leitenberg (Ed.). Handbook of social and Evaluation Anxiety. Plenum Press. NY.
25. Dally, S. Behavioral correlates of social anxiety. *British Journal of Social and Clinical Psychology*.1978; (18): 121-8.
26. Beidel, D.C., Turner, S.M. y Dancu, CV. Physiological, cognitive and behavioral aspects of social anxiety. *Behavior Research and Therapy*.1985; (23), 109-117.
27. Caballo, V. E. Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales. Madrid, Siglo XXI Editores S.A.; 2000.
28. Alberti, RE y Emmons, ML, Your perfect right (4.ª Edición), San Luis Obispo, California, impact, 1982.
29. Ekman, P. Cómo detectar mentiras, Barcelona, Piados. 1991.
30. G. Martín, J Pear. Evaluación Comportamental: consideraciones iniciales. Modificación de conducta. Qué es y como aplicarla. 1999, p. 247-57.
31. Fernández Ballesteros, R. Los autoinformes. En Introducción a la evaluación psicológica. Madrid, Pirámide. 1992; (1): 219-51.
32. Arnau, J; Anguera, MT; Gómez, J. Metodología de la investigación en Ciencias del comportamiento. Murcia: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Murcia. 1990.
33. Blanco JI, Cañamares JM, Otero V. Evaluación funcional y planificación de la intervención en rehabilitación psicosocial. En: Rodríguez A, editor. Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Pirámide; 1997. p. 103-116.

# Capítulo 13. El Periodo de Evaluación en Rehabilitación Laboral de Personas con Trastorno Mental Grave y Crónico

José Augusto Colis, Virginia Galilea, Paloma Carreras, Eugenia Cornide, Carina Fernández y Carlos Molinero

## 1. Introducción

La rehabilitación laboral es un proceso con una meta bien definida: la integración laboral de las personas con *trastornos mentales graves* (TMG); para conseguirla, se desarrollan programas individualizados de intervención a partir de una fase inicial de evaluación. Nos proponemos describir aquí de forma eminentemente práctica esta *fase de evaluación*. El modelo de rehabilitación al que vamos a referirnos se sustenta en la creación de itinerarios formativo-laborales individualizados que deriven en el acceso a empleo remunerado, bien en el llamado mercado ordinario bien en fórmulas de empleo protegido. Estos procesos han de partir de un conocimiento exhaustivo de las competencias laborales del sujeto, sus preferencias vocacionales, el nivel formativo, la existencia y relevancia de historia formativa y laboral previa al desencadenamiento de la enfermedad, etc. La rehabilitación laboral trata, fundamentalmente, de dotar de una coherencia a esos itinerarios que conducen a la integración. Esa coherencia vendría dada, en primer lugar, por su imprescindible carácter individualizado, y por la observación y acuerdo de diversos factores, como son: la circunstancia psicopatológica, la preferencia vocacional del sujeto, el grado y naturaleza de la motivación para el proceso rehabilitador y para el acceso al empleo, el nivel formativo, la capacitación profesional, así como su desempeño personal, familiar, y social.

Competencia de la rehabilitación laboral es recabar información significativa que permita diseñar programas de intervención ajustados a las necesidades, capacidades y preferencias del sujeto *rehabilitando*, y que propicien su rehabilitación psicosocial y la integración efectiva en la comunidad.

## 2. Rehabilitación Laboral: Consideraciones generales

Antes de abordar la descripción de su fase de evaluación, parece necesario establecer y delimitar el concepto de «Rehabilitación Laboral» y destacar algunos aspectos acerca de sus objetivos. La rehabilitación laboral de personas con TMG es un proceso que pretende que el sujeto afectado adquiera, recupere o potencie los conocimientos, hábitos y habilidades necesarios para conseguir su integración social y laboral. Hablamos de un proceso continuado de rehabilitación e integración cuyas fases son significativamente tan valiosas como el objetivo final del mismo; se trata de un proceso individual en el que interactúan muchas varia-

bles y muy complejas; su duración, los objetivos y subobjetivos están siempre en función de las necesidades individuales. La rehabilitación es mucho más que un conjunto de técnicas o un proceso con una sola *meta*; es una filosofía, una manera de considerar los problemas psicológicos y sociales de las personas con problemas psicológicos a largo plazo<sup>1</sup>.

Este objetivo de integración social y laboral envuelve aun otro objetivo primordial: propiciar que el sujeto afectado sustituya la *vivencia patológica* y desarrolle una *vivencia saludable* que le corresponde como individuo integrante de una sociedad. En el caso de las personas con enfermedad mental crónica esa *vivencia saludable* —que propende a la salud o un estado lo más cercano posible a la salud<sup>2</sup>—, debe extenderse a todas aquellos aspectos que constituyen la estructura básica de la vida de los individuos y, específicamente, propiciar aportaciones beneficiosas que inciden directamente en aspectos particulares de la enfermedad mental. Así pues, la *vivencia saludable* de una persona con TMG debe entenderse también como un factor de protección respecto de los efectos deletéreos de la enfermedad y un factor significativo a la hora de establecer el pronóstico de esa enfermedad<sup>3</sup>. Esa *vivencia saludable* involucra áreas vitales<sup>4</sup> como **la salud y mantenimiento de la salud** (atención psiquiátrica, intervenciones psicosociales), **inversiones hacia el futuro** (ocupación cotidiana significativa, formación reglada y valiosa como parte de un itinerario formativo-vocacional; desempeño de un empleo remunerado acorde con la propia competencia y orientación vocacional, bien en mercado ordinario o protegido), **inversiones hacia el entorno** (relaciones sociales satisfactorias, habilidades sociales en ambiente laboral, relaciones familiares, relaciones afectivas, aprovechamiento del tiempo libre), y **autonomía personal y social**, (desenvolvimiento autónomo y competente del sujeto en los diversos escenarios y medios donde se desarrollan las áreas anteriormente citadas). La *vivencia saludable* puede identificarse con una experiencia vital normalizada que para su desarrollo efectivo exige determinadas habilidades y competencias. Entenderíamos «*vivencia*» como la forma en la que el individuo vive de forma habitual, y «*saludable*» en cuanto que la *vivencia* contribuye a paliar los déficit y discapacidades derivados de la enfermedad mental. El logro de la vida *saludable* es, como el mismo proceso de rehabilitación e integración sociolaboral, paulatino, progresivo; si bien puede entenderse que cada estado de ese proceso gradual es ya en sí «*saludable*» y contribuye al restablecimiento<sup>5</sup> de la persona con TMG.

La rehabilitación laboral no pretende una «*restitutio ad integrum*»<sup>6</sup> de sus protagonistas. Lo que sí está a su alcance

es *desplazar* al sujeto de su arraigado *rol de enfermo* hacia un *rol normalizado*. El rol de enfermo desarrolla la vivencia patológica y convierte al individuo en un ser sin tiempo, estático, al margen del discurrir natural de los acontecimientos; y es por lo tanto un rol incapacitante, marginador, que se mira a sí mismo. El rol normalizado se proyecta hacia la vivencia saludable y permite al individuo incorporarse al tiempo real y en él (re)-conocerse, (re)-hacerse, (re)-habilitarse; el rol normalizado es dinámico, integrador, mira a los demás y a su entorno<sup>7</sup>. El vehículo más eficaz para este tránsito hacia la *normalización* es el trabajo, en torno al cual se despliega la vida de las personas y cuyo desempeño favorece el desarrollo de roles valiosos y significativos para el propio individuo y para su entorno.

La evaluación en rehabilitación laboral ya es, en cierta forma, parte de la intervención, en tanto que ejerce importante influencia sobre el sujeto evaluado, y propicia por sí misma algún cambio en el mismo. En un gran número de casos, el objetivo laboral puede significar para el evaluado una posibilidad nueva, plena de expectativas y de incertidumbre. El comienzo de un proceso de rehabilitación laboral supone aspirar a un objetivo integrador; esa aspiración ya es, en sí misma, una forma de integración, de equiparación. El proceso para obtener un trabajo supone, en cierto modo, dejar de ser «absolutamente enfermo», o ser «menos enfermo»; y desde luego, no ser ya «sólo un enfermo». La evaluación ha de plantearse entonces como una fase inicial flexible que debe contribuir a la consolidación de la motivación del sujeto y respetar su particular tiempo de adaptación. Hay que tener presente la importancia de esta fase inicial, pues si los *usuarios* no se sienten capaces de dar una respuesta positiva a la rehabilitación, esto puede significar por sí mismo que aumenta la atención en los síntomas psiquiátricos y los esfuerzos acrecentados por ganar reconocimiento como paciente<sup>8</sup>.

Antes de diseñar un programa individual de intervención en rehabilitación laboral es necesario evaluar los conocimientos y el funcionamiento del sujeto en las áreas que luego serán objeto de la intervención propiamente dicha. La evaluación es preliminar a la elaboración del Plan Individual de Intervención<sup>9</sup>. El periodo de evaluación no consiste en la aplicación simple y de una vez de una prueba<sup>10</sup>; puede durar semanas o meses recoger toda la información necesaria. Toda evaluación tiene que ser provisional y reflejar el estado actual del conocimiento sobre determinado usuario<sup>11</sup>.

Los métodos más precisos para la evaluación son los que se basan en la observación directa de la conducta. Las pruebas formales y las entrevistas son de valor limitado. La evaluación es una acumulación gradual de información sobre un usuario; no se puede predecir *a priori* qué nivel de conducta obtendrá un sujeto en un área concreta; esto sólo se puede determinar pragmáticamente probándolo en diversos ambientes y evaluando los resultados<sup>12</sup>. La evaluación en rehabilitación laboral se centra en las habilidades y los recursos que la persona necesita para conseguir sus objetivos de integración laboral<sup>13</sup>. Esta evaluación trata de esclarecer el nivel de conocimientos y desempeño alcanzado en áreas formativas y laborales y cuál es el nivel de respuesta del usuario ante las diferentes exigencias generadas por un entorno laboral. Atendiendo a la cambiante naturaleza de los efectos de la patología, y a la evolución de las circunstancias que rodean al sujeto *rehabilitando*, la evaluación ha

de entenderse como un proceso continuo que se ensambla activamente con el mismo proceso de intervención; es por ello por lo que entendemos la evaluación *continuada* como una parte integrante del proceso de intervención, hasta el punto de propiciar revisiones y modificaciones del mismo<sup>14</sup>. Como veremos más adelante, la particular naturaleza de algunas fases de la rehabilitación laboral (tales como el acceso a la Formación, a Prácticas Laborales en entornos ordinarios de trabajo, y el acceso a Empleo) requieren procesos de evaluación particulares que están inmersos en pleno proceso de intervención rehabilitadora.

### 3. Evaluación en Rehabilitación Laboral

Para mayor eficacia descriptiva y práctica, ofrecemos en el siguiente listado algunas observaciones generales acerca de la Evaluación en Rehabilitación Laboral:

- Se realiza una *evaluación funcional* del usuario y una evaluación del contexto en el que desea ser integrado; en este caso, el mercado laboral. El evaluador intentará conocer cuáles son las variables ambientales y personales que contribuyen a la situación actual de desempleo; igualmente debe identificar aquellas variables que pueden ser utilizadas en el proceso de rehabilitación para facilitar la adquisición y mantenimiento de un empleo.
- Se hace necesaria la participación *activa* del usuario en la evaluación, no sólo como objetivo de la misma, sino como observador del propio rendimiento, aportando una valoración subjetiva por medio de instrumentos individualizados: autoinformes, autoregistros, listados de preferencias, que el evaluador construirá junto con el usuario, creando instrumentos sencillos y fiables.
- La evaluación se establece desde el respeto y conocimiento de los intereses, preferencias y expectativas laborales del usuario; el proceso de rehabilitación e integración laboral viene determinado por el objetivo laboral del usuario, basado en sus elecciones vocacionales, que en ocasiones tendrán que ser adaptadas a las necesidades del contexto.
- El sistema de creencias y actitudes del usuario sobre su desempeño laboral, y sobre su propia competencia puede determinar la disposición hacia la intervención. En ocasiones los usuarios no creen tener suficientes capacidades para desempeñar un empleo («*creo que no aguantaré en ningún trabajo y que me despedirán el primer día*»), o bien identifican los problemas en la fase de elección, mostrando dudas sobre qué tipo de empleo podrían realizar («*podría trabajar en algo fácil*»).
- El evaluador necesita obtener información sobre la historia clínica del usuario y sobre la sintomatología presente, y especialmente, sobre aquellos síntomas, que a juicio del usuario pueden interferir o afectar el desempeño laboral («*la gente no me entiende*», «*tendré problemas con la puntualidad*»).
- Existe la necesidad de contar con evaluadores expertos y entrenados. Igualmente, es importante la incorporación de nuevos profesionales con conocimientos del mercado laboral, del colectivo de personas con TMG, de la filosofía de rehabilitación laboral, de la

legislación laboral, etc.; capaces todos ellos de paliar el estigma presente en el medio laboral, y de transmitir confianza en las posibilidades de integración laboral de la persona con TMG.

- Se requiere que los instrumentos utilizados estén específicamente diseñados para el colectivo de personas con enfermedad mental grave y crónica, distintos a los instrumentos creados para medir rendimiento de otros colectivos, por ejemplo, personas con discapacidad intelectual. Se precisa la creación de instrumentos de evaluación individualizados no estandarizados, y la participación del usuario en el diseño de estos instrumentos<sup>15</sup>.
- Resulta de particular relevancia el desarrollo de una *evaluación situacional*: Recogida de información sobre las condiciones del mercado laboral en general (prospección empresarial e intermediación laboral) y del puesto de trabajo en particular (denominación, funciones a realizar, horario de la jornada laboral, distancia desde el lugar de trabajo al domicilio del *trabajador*, trabajo individual o en equipo, grado de responsabilidad, etc.)
- Se evitarán evaluaciones prolongadas y redundantes, que puedan saturar al usuario y reducir su motivación para acceder al recurso o mantenerse en el proceso de rehabilitación. El usuario se encuentra ante un proceso nuevo y difícil; uno de los objetivos de la evaluación consiste en no restar motivación al usuario frente al proceso de evaluación y futura intervención.
- Durante el desarrollo de la evaluación e intervención puede ser necesario contar con la participación de otros miembros significativos para el usuario, con el objeto de recopilar información, favorecer cambios y proporcionar apoyo. Entre estos *significativos* incluimos, prioritariamente, miembros del entorno familiar, red social, otros profesionales de salud mental y antiguos jefes y compañeros.
- La evaluación en rehabilitación laboral tiene entre sus objetivos:
  - Conocer el nivel de *empleabilidad* del usuario.
  - Conocer las características laborales de la familia y de su red social, el valor atribuido al desempeño de un trabajo, y su relación con el medio laboral.
  - Conocer las características del contexto formativo y laboral en el que se ha desarrollado la persona.
  - Informar al usuario sobre las características del recurso de rehabilitación.
  - Motivar hacia el empleo: Dada la complejidad del proceso de motivación, es conveniente incidir en este aspecto desde la primera entrevista y durante todas las fases de la rehabilitación. Como veremos, inicialmente, el evaluador puede detectar en el individuo una vaga motivación para *el cambio*, a la que llega bien por propia convicción o bien por la influencia de su entorno familiar o de profesionales de salud mental. En principio, el objetivo de la rehabilitación es que el individuo haga *cosas diferentes*<sup>16</sup>.

Tomando como referencia la idea de evaluación como proceso multiaxial y sistemático<sup>17</sup> de recogida de información, organización y análisis de información para la pro-

puesta de un PIR, las áreas a evaluar en Rehabilitación Laboral, son: Historia clínica, Historia Formativa previa y posterior al inicio de la enfermedad, Historia Laboral previa y posterior al inicio de la enfermedad, Orientación Vocacional, Ajuste Laboral y Social, Apoyo familiar y social, Acceso a Formación y Prácticas laborales, Acceso a Empleo y Mantenimiento en el empleo. Dado el marco en que se inserta este capítulo, y dado que en otras partes de este libro se trata con detalle la información relativa a las áreas familiar, red social e historia clínica, nos centraremos aquí en las áreas relacionadas con formación y empleo. Esto es:

- Evaluación de Orientación Vocacional
- Evaluación en Ajuste Laboral.
- Asertividad Laboral.
- Acceso a Formación y Empleo.

### 3.1. Evaluación de orientación vocacional

El primer paso de la rehabilitación vocacional es la elección de un interés realista que permita al sujeto alcanzar su meta laboral<sup>18</sup>. Entendemos la orientación vocacional como un desarrollo profesional, cambiante, y en constante evolución, que tiene como objetivo despertar intereses vocacionales, ajustar dichos intereses a la competencia laboral del sujeto y a las necesidades del mercado de trabajo<sup>19</sup>.

La evaluación de la orientación vocacional nos permite conocer las elecciones y expectativas laborales del usuario, que a su vez estarán determinadas por cuatro aspectos importantes:

- Motivación para trabajar.
- Historia formativa previa y posterior al inicio de la enfermedad.
- Historia laboral previa y posterior al inicio de la enfermedad.
- Intereses laborales actuales

#### 3.1.1. Motivación laboral

En países desarrollados la tasa de empleo competitivo en personas con TMG es del orden del 20% en general<sup>20</sup>; en personas diagnosticadas de esquizofrenia este porcentaje es todavía más bajo. Otros autores cifran la tasa de desempleo de este grupo de personas en un porcentaje del 90 % y sitúan la permanencia en el empleo en un periodo no superior a los seis meses<sup>21</sup>.

Las personas con TMG tienen unas dificultades particulares para acceder al mercado laboral. Dificultades derivadas de la propia enfermedad; dificultades derivadas del prejuicio social existente ante estas enfermedades, y las dificultades derivadas de la estructura y condiciones del mercado laboral<sup>22</sup>. McGlashan sostiene que si hay algún síntoma *patognomónico* de la esquizofrenia, este es el desempleo<sup>23</sup>. Son muchos los estudios que inciden en la influencia negativa de los efectos de la enfermedad mental sobre el deseo y la motivación para iniciar un desempeño laboral, Lehman señala que la sintomatología negativa afecta severamente el proceso de acercamiento hacia un proceso de rehabilitación laboral<sup>24</sup>.



Quienes escriben este capítulo entienden la motivación para el trabajo como un componente a adquirir y consolidar durante el proceso de rehabilitación laboral, y no como un requisito fundamental para acceder a recursos de rehabilitación. Una función importante del proceso de evaluación consiste en *motivar* («dar a alguien un motivo para *hacer algo*», según el DRAE) para lo que el evaluador se ve implicado directamente en esta doble función: identificar los factores que mueven al usuario hacia un futuro empleo, y estimular y dirigir a la persona hacia un objetivo laboral basado en elecciones reales. Para ello será fundamental fomentar hábitos laborales ajustados y generar expectativas positivas basadas en una orientación clara y realista.

Para evaluar la motivación hacia el trabajo tomamos en consideración la siguiente información:

- Motivación laboral expresada por el usuario.
- Motivación orientada hacia un objetivo laboral. Sin una meta vocacional no es posible describir la motivación o voluntad de trabajar del usuario; es necesario conocer en qué áreas laborales, en qué condiciones, con qué medios, en qué plazos y con qué inversiones desea realizar el acercamiento hacia el mercado de trabajo.
- Motivación laboral percibida por el rehabilitador. Es necesario distinguir entre la motivación para acudir a un recurso de rehabilitación laboral y la motivación para trabajar; diferenciar entre el deseo de *estar ocupado* y el de *ser empleable*.
- Los acercamientos formativos y laborales, y los resultados obtenidos crean una serie de expectativas que pueden influir en el nivel de motivación real hacia el empleo.
- La relación del usuario con el mundo laboral: el nivel de conocimiento de las condiciones laborales actuales y la presencia de ideas erróneas sobre el mercado laboral pueden condicionar la voluntad de trabajar.
- La situación económica: Un aspecto crucial de la rehabilitación laboral es conocer el nivel de dependencia del usuario respecto a diferentes prestaciones económicas. El usuario considerará las ventajas y desventajas relativas a las diversas opciones de trabajo, incompatibles en la mayoría de los casos con el inflexible sistema de pensiones y con su efecto desincentivador.
- Apoyo familiar: la historia laboral de la familia, su situación económica, y el valor que los miembros de la familia atribuyen al trabajo, son una referencia, que puede convertirse en un apoyo durante el proceso de rehabilitación laboral.
- Apoyo de otros miembros de su red social: en ocasiones el usuario carece de redes de apoyo significativas, a excepción de la familia, y en caso de poseerlas éstas son escasas y se encuentran marcadas por el desempleo.
- Identificar los intereses y preferencias vocacionales. Los usuarios obtienen mejores resultados cuando los servicios que reciben se diseñan para que coincidan con sus preferencias. Becker y cols. encontraron que 143 *clientes* con enfermedad mental crónica que obtenían trabajo en su área de preferencia mantenían el trabajo el doble que aquellos que no fueron empleados en su área de preferencia. Este grupo también alcanzaba mayor satisfacción en el trabajo que el segundo<sup>25</sup>.

### 3.1.2. Historia formativa previa y posterior al inicio de la enfermedad

Un aspecto primordial dentro de la rehabilitación laboral es la formación o cualificación profesional de las personas con TMG. Muchas personas con discapacidades psiquiátricas graves quieren más oportunidades de enseñanza<sup>26</sup>. La rehabilitación laboral pretende dotar a estas personas de las habilidades necesarias para aumentar su formación y actualizar sus conocimientos. Hay que considerar este proceso de forma sincrónica a la realidad presente del sujeto; los profesionales rehabilitadores debieran atender sólo a las capacidades que sobrepasaron el proceso clínico para estimar desde ellas lo que una persona puede llegar a ser al margen de *lo que ha sido*<sup>27</sup>.

La formación es un elemento mediador entre el propio sujeto y el entorno social, porque contribuye a mejorar la autoestima, le aporta un mayor poder contractual y acrecienta su valoración social. Esa acción de poner valor –invirtiendo en formación–, y reconocer implícitamente capacidades –basadas en la esperanza de aprender– a personas definidas con el estereotipo de paciente mental –o sea de presunto incapaz–, es un acto desinstitucionalizador por excelencia<sup>28</sup>.

La evaluación debe centrarse en conocer exhaustivamente la historia formativo/académica y el nivel de instrucción del usuario, sus características y lo que la formación aporta a su grado de *empleabilidad*. Recogeremos información relativa al desempeño del usuario en el momento actual, así como el nivel formativo previo y posterior al inicio de la enfermedad; igualmente, recabaremos información del grado de afrontamiento desplegado ante los diferentes niveles de exigencia académica. Este análisis nos ayudará a establecer los objetivos del proceso de rehabilitación, así como un posible pronóstico de restablecimiento. Incluiremos en la evaluación todos los aspectos relativos a la propia percepción del usuario sobre posibilidades de cambio, objetivos de formación o reciclaje profesional, así como el nivel de apoyo que puede ofrecer la familia o red social.

Esta evaluación no es una simple recopilación de información curricular significativa; se trata de obtener una perspectiva que integre el tipo y grado de formación del usuario, la existencia o no de un itinerario vocacional coherente y la concordancia existente entre la formación recibida y el grado actual de capacitación objetiva del sujeto evaluado. Es también evaluable el acuerdo de la formación previa con el interés vocacional actual, ya que pueden no coincidir. Igualmente es relevante recabar información subjetiva de otros aspectos que acompañaron a la formación recibida (adaptación a espacios, cumplimiento de horarios, relación con compañeros y docentes, preferencias, dificultades, etc.) La evaluación debe contribuir a determinar la pertinencia o no de iniciar, consolidar, actualizar, un itinerario formativo específico en función de la orientación vocacional, capacitación, y circunstancias personales del usuario (edad, grado de motivación, tiempo *desempleado*, situación económica y familiar, etc.). Un programa de rehabilitación comienza con una identificación global de las capacidades y déficit en habilidades respecto a los entornos particulares en los cuales el usuario quiere o necesita funcionar. El resultado

de la rehabilitación está en función de la interacción entre las habilidades del usuario y las demandas específicas del ambiente<sup>29</sup>.

### 3.1.3. Historia laboral previa y posterior al inicio de la enfermedad

Según diferentes autores parece claro que la experiencia laboral va a ser un factor determinante para el futuro laboral de las personas con TMG. El pronóstico de *restablecimiento* es más positivo cuando el ajuste premórbido haya sido más favorable en la escuela, en el trabajo y en las relaciones con compañeros. Entre los factores premórbidos que sirven de factor predictor desfavorable para una futura integración laboral se encuentran los malos antecedentes laborales. Otros indicadores son: ser hombre frente a ser mujer, edad de comienzo precoz, nivel bajo de ajuste social premórbido y un pródromo prolongado y comienzo insidioso<sup>30</sup>. Las personas con TMG que mejoran su formación y mantienen su actividad laboral ejercen un efecto positivo sobre los servicios de atención y contribuyen a modificar las representaciones estereotipadas que tienen los profesionales sobre su evolución<sup>31</sup>. Con frecuencia, la ausencia de experiencia laboral previa advierte de aspectos negativos para una posible integración laboral. Entre estos aspectos podríamos citar: dificultades para el afrontamiento, inseguridad sobre la propia competencia laboral, fuerte instalación en el *rol de enfermo*, dificultades en el manejo de habilidades sociales, carencia de hábitos básicos de trabajo, desconocimiento del mundo laboral, etc. Tampoco la experiencia laboral previa a la enfermedad es siempre un indicador favorable: esa experiencia se puede recordar como causa de *estrés*, motivo de frustración y, en ocasiones, como desencadenante de la enfermedad; de este modo, puede provocar el miedo a un nuevo fracaso, conductas de evitación, aparición de situaciones aversivas y rechazo a cualquier acercamiento laboral<sup>32</sup>.

La evaluación inicial de la historia laboral recoge información sobre:

- Historia cronológica de empleos desempeñados, previa y posterior al inicio de la enfermedad: funciones, tipo de jornada, relación con jefes y compañeros, factores que contribuyeron a la permanencia en el empleo, tiempo máximo y mínimo de permanencia en los empleos, grado de satisfacción aportado, nivel de competencia y cualificación adquiridos, carácter del empleo (ordinario o protegido), dificultades percibidas para el desempeño laboral, motivo de finalización de contrato –formas de abandono–, retribución económica, atribuciones del usuario, recursos habituales para la búsqueda de empleo, desempeño en las entrevistas laborales, etc.
- Influencia de la enfermedad en la historia laboral: desempleo, inactividad, desconocimiento del mercado laboral y de sus características, reducción de ingresos económicos, pérdida de intereses vocacionales, disminución de la motivación laboral, déficit en habilidades sociales, pérdida de red social, etc.
- Prestaciones económicas incompatibles con un salario –del usuario y de la familia–.
- Situación laboral del entorno y apoyo familiar: Nivel

de empleabilidad de los miembros de la familia, valor atribuido al desempeño laboral y actitud frente al empleo y/o prestaciones económicas y colaboración del entorno familiar.

### 3.1.4. Intereses vocacionales y objetivos laborales actuales

Cada vez es más frecuente oír la voz de las personas con TMG que reclaman la posibilidad de decidir sobre aspectos fundamentales de sus vidas; elegir una orientación laboral, poseer intereses vocacionales, y marcarse un objetivo profesional es parte del modelo de rehabilitación laboral que aquí comentamos. Con frecuencia, las personas con condiciones psiquiátricas tienen una gran variedad de experiencias previas de trabajo, educación y adiestramiento al igual que aspiraciones<sup>33</sup>.

Para poder adaptar el proceso de rehabilitación laboral a las elecciones vocacionales del sujeto es necesario conocer el grado de realidad de dichas elecciones laborales, para lo que recogeremos información sobre los siguientes aspectos:

- Conocimiento del mercado de trabajo: derechos laborales, tipos de contratos, salario mínimo, jornada laboral, empleo protegido, etc.
- Preferencias, habilidades y dificultades laborales expresadas.
- Relación con el mundo laboral: rechazo a empleo ordinario, temor a la jornada completa, presencia de ideas erróneas y atribuciones.
- Ajuste laboral y social del usuario.
- Expectativas y metas laborales del usuario y de la familia: las creencias y actitudes del usuario sobre el mercado de trabajo en general, y sobre la propia competencia laboral pueden determinar y afectar el acceso a un programa de rehabilitación para el empleo; en ocasiones el usuario expresa dudas sobre qué espera conseguir con el desarrollo de un trabajo, o bien no identifica claramente los beneficios que a largo plazo conlleva el *rol de trabajador*.

Algunos de los instrumentos utilizados para evaluar el área de orientación vocacional son:

- **Cuestionario de Motivación laboral para personas con enfermedad mental, crónica** (*Anexo 1*) (Colis, Coy, Galilea, López, Pascual, 1996): Instrumento que mide el grado de motivación para trabajar de las personas con TMG. Introduce preguntas abiertas acerca del valor del trabajo, así como una descripción del usuario sobre el trabajo deseado. Nos permite diferenciar distintos factores motivacionales: satisfacción laboral, integración al entorno laboral, aceptación social, desempeño social, asertividad laboral y apoyo familiar. Ofrece una puntuación total y por factores motivacionales. También aporta información sobre motivos de abandono laboral.
- **Listado de ítems sobre acercamientos laborales** (Galilea y Colis, 2000): Instrumento que nos indica el número de aproximaciones que realiza el usuario hacia el mercado laboral, así como el tipo, la fre-

- frecuencia, métodos que utiliza, apoyos con los que cuenta, etc.
- **Inventario de preferencias profesionales** (Galilea y Pagola, 2001): Inventario que describe, en 61 ítems, diferentes tipos de trabajos, a los que el usuario responde si los elige o no para desempeñarlos a corto y/o medio plazo, así como si precisaría formación para realizarlos. También indica el grado de preferencia en que elige las distintas profesiones.
- **Listado de ítems de intereses vocacionales** (Galilea, 2000): Instrumento que proporciona información general sobre las preferencias laborales del usuario, motivación para trabajar, apoyos recibidos de su red social, expectativas laborales, etc.
- **Entrevistas semiestructuradas con el usuario:** El objetivo de la entrevista será recoger información sobre la historia formativa y laboral del usuario, el nivel previo y posterior al inicio de la enfermedad; tareas desempeñadas, sus preferencias laborales, el motivo de despidos o abandonos, la relación con compañeros, jefes, sus expectativas laborales y el autoconcepto del usuario como empleable.
- **Entrevista con familiares y otros miembros significativos:** Es necesario conocer la opinión de la familia y de otros significativos respecto al pasado formativo/laboral del usuario, así como los apoyos que le ofrecieron en el pasado. Va a ser significativa la relación establecida entre la familia y el mundo laboral; si los miembros de la familia consideran el trabajo como un valor positivo, esto incidirá favorablemente en el proceso rehabilitador del usuario. Así mismo será importante conocer quienes conforman la red social del usuario y su nivel de ocupación.

- **Cuestionario sobre conocimiento del mercado laboral** (Galilea, 1999): Instrumento que indica el nivel de conocimientos del usuario sobre el mercado laboral en general.
- **Observación directa** de los hábitos de trabajo y habilidades sociales del usuario. En el caso de no disponer de un marco de trabajo donde evaluar e intervenir el ajuste laboral, se puede recurrir a: recursos formativos, centros de rehabilitación, centros de día, grupos de voluntariado o tareas para casa; todos ellos pueden suministrar información sobre nivel de asistencia, puntualidad, relación con compañeros, dificultades de aprendizaje, así como de sus preferencias laborales.

### 3.2. Evaluación del Ajuste Laboral del usuario: Hábitos básicos de trabajo y Habilidades sociales en ambiente laboral

#### 3.2.1. Marco de la evaluación: Talleres Rehabilitadores

El Ajuste Laboral (AL) se desarrolla, desde 1991, en los Talleres Rehabilitadores (TR)<sup>34</sup>. Estos talleres son un ámbito de trabajo donde el usuario adquiere o recupera los hábitos y habilidades laborales que son comunes a cualquier tipo de empleo<sup>35</sup>. Muy diferentes en su concepción a los tradicionales talleres ocupacionales, los talleres rehabilitadores son espacios de trabajo abiertos y dinámicos, donde el principal objetivo es el entrenamiento laboral del sujeto y su preparación para una posterior inserción en el mercado de trabajo (Tabla 1).

TABLA 1. Características del Taller Rehabilitador\*

<ul style="list-style-type: none"> <li>– El Taller Rehabilitador es marco de entrenamiento de hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales en ambiente laboral</li> <li>– El Taller Rehabilitador reproduce un marco de trabajo normalizado</li> <li>– El taller Rehabilitador tiene carácter polivalente y multidisciplinar</li> <li>– El taller Rehabilitador no tiene carácter productivo</li> <li>– El taller Rehabilitador no es específicamente formativo</li> <li>– La tarea propiamente dicha la establece la figura del supervisor o Jefe de Taller</li> <li>– El Taller Rehabilitador debe contribuir a:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Despertar intereses vocacionales</li> <li>• Modificar aquellos intereses desajustados que pudiera tener el usuario</li> <li>• Consolidar intereses ajustados</li> </ul> </li> <li>– El taller Rehabilitador debe de ser un ámbito de trabajo abierto y propiciar, si fuera necesario, el acceso a la formación reglada de sus miembros:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si se ha observado que la persona reúne aptitudes para una determinada materia o área laboral, y necesita aumentar su formación.</li> <li>• Si se ha observado que la persona necesita actualizar su formación en materias o áreas laborales de las que ya dispone formación previa.</li> <li>• Si la persona, además de adquirir nuevos conocimientos que aumenten su grado de empleabilidad, necesita consolidar habilidades sociales y de afrontamiento en espacios de formación normalizada.</li> </ul> </li> <li>– El taller debe proporcionar apoyo a la formación del usuario, fuera del recurso rehabilitador, de las siguientes formas:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizando un seguimiento periódico durante el período formativo.</li> <li>• Realizando, si fuera necesario, un apoyo complementario a la formación técnica.</li> <li>• Instruyendo sobre aspectos complementarios a la formación, tales como organización del tiempo de estudio, organización y realización de tareas del curso, resolución de problemas, etc.</li> </ul> </li> <li>– El taller rehabilitador debe tener un planteamiento práctico y verosímil.</li> </ul>
---

\* Colis, J. (2001) *Talleres Rehabilitadores en el modelo de los Centros de Rehabilitación Laboral. Examen a la Rehabilitación Laboral. Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial Año 8. n.º 13. Págs. 5-12.*



El TR reproduce un marco de trabajo en el que el usuario adquiere paulatinamente los hábitos y habilidades propias del desempeño laboral. En consecuencia, el taller rehabilitador tiene un horario de trabajo determinado, horas preestablecidas de entrada y de salida y el correspondiente tiempo de descanso. Las relaciones interpersonales que en él se desarrollan participan de las características que se atribuyen a estas relaciones en cualquier trabajo, tanto entre compañeros como en la relación con jefes o supervisores.

Las tareas realizadas en los talleres deben de tener un sentido y una finalidad. La reiterada producción de objetos inútiles, el mero entretenimiento, las actividades disgregadas que no forman parte de un proyecto integral de intervención, no suponen ninguna inversión rehabilitadora. Las tareas son diseñadas por el supervisor especializado o Maestro de Taller, figura laboral que mantiene permanente coordinación con el resto de profesionales del modelo. Asimismo, será el Maestro de Taller el profesional responsable del período de evaluación inicial en los TR<sup>36</sup>.

### 3.2.2. Objetivos de la Evaluación del Ajuste Laboral

La evaluación en los TR nos permite conocer el nivel de hábitos básicos de trabajo y de habilidades sociales en ambiente laboral del usuario<sup>37</sup>. Uno de los principios de la rehabilitación laboral es utilizar *valoraciones situacionales* en la evaluación de habilidades y potencial laboral del sujeto. La valoración situacional es la observación, a lo largo del tiempo, de conductas y actitudes laborales en entornos de trabajo real o simulado por parte de un evaluador entrenado<sup>37</sup>. La observación es un método de recogida de información que se caracteriza por centrarse en conductas externas y su objetivo es cuantificar y determinar las dimensiones de una conducta objetivo<sup>38</sup>. Para encontrar y mantener un empleo, una persona con TMG debe ser capaz de ejecutar un amplio abanico de habilidades sociales y de afrontamiento que aseguren un patrón estable de comportamiento<sup>39</sup>. Por ello es necesaria una evaluación minuciosa de aquellos hábitos y habilidades básicos para el desarrollo del empleo. Puesto que las personas con trastornos psiquiátricos actúan de manera diferente en diferentes entornos<sup>40</sup>, es preferible una valoración específica antes que otras valoraciones psiquiátricas tradicionales<sup>41</sup> o que otras evaluaciones laborales diseñadas para personas con minusvalía física o intelectual<sup>42</sup>.

Los principales hábitos básicos de trabajo que son objeto de evaluación, son<sup>43</sup>: Puntualidad; Manejo de equipo y herramientas; Cuidado del material; Aseo y cuidado personal; Actitud frente al trabajo; Ritmo de ejecución; Atención y concentración; Organización y realización de tareas; Reacción a los cambios de trabajo; Calidad de trabajo; Comprensión y seguimiento de instrucciones; Memoria para las instrucciones; Relación con el supervisor; Cooperación con el supervisor; Independencia del supervisor; Tolerancia a críticas; Aceptación de valoraciones; Adaptación al centro; Iniciativa; Capacidad para afrontar problemas.

Las principales habilidades sociales en ambiente laboral objeto de evaluación, son: Papel en el grupo; Interacción con compañeros; Capacidad para iniciar conversaciones; Capacidad para mantener conversaciones; Capacidad para solicitar ayuda; Capacidad para ofrecer ayuda; Capacidad para expresar críticas; Capacidad para expresar valoraciones; Administración del tiempo de

ocio; Habilidad para trabajar con otros; Nivel de comunicación verbal y no verbal.

Las personas que se incorporan al taller rehabilitador suelen necesitar de un *tiempo de adaptación* y es ese particular tiempo el que debe ser respetado y tenido en cuenta al valorar el rendimiento inicial. Esta adaptación paulatina se refiere tanto a la tarea a realizar como al ámbito laboral y a los compañeros. Ambas son importantes y están estrechamente ligadas, pero no siempre se producen simultáneamente. Es de mayor relevancia la adaptación al lugar de trabajo y a los compañeros. Conseguida ésta, la persona estará en las mejores condiciones posibles para afrontar la tarea con éxito; y al contrario, la inadaptación social prolongada dificultará el rendimiento laboral satisfactorio. No es menos importante comprobar que el desempeño exitoso de una actividad satisfactoria supone para la persona un aporte de autoestima y percepción de autoeficacia que predispone a la interacción social<sup>44</sup>.

Los objetivos específicos de la evaluación, serían:

- *Identificar la presencia/ausencia de intereses vocacionales; y de existir estos intereses, establecer si son de naturaleza ajustada.* Para ello, el supervisor debe de tener información previa al respecto, recabada en la evaluación correspondiente de orientación vocacional.
- *La evaluación debe contrastar la información curricular con los conocimientos y competencias actuales del sujeto.*
- *Constatar los conocimientos y habilidades expresados:* La evaluación debe de confirmar los conocimientos, intereses y habilidades o déficit expresados por la persona evaluada. La percepción de las propias capacidades puede verse distorsionada, bien sobrevalorando o subestimando las mismas.
- *Conocimiento del desempeño social en ambiente laboral.*
- *Conocimiento de los hábitos básicos de trabajo.*
- *Detección de posibles necesidades formativas.*

### 3.2.3. Hábitos básicos de trabajo

Los Hábitos básicos de trabajo pueden ser evaluados en los TR o en otros contextos laborales. La especificidad de la estructura de un TR y su contextualización en un modelo global de intervención, convierten a estos espacios de trabajo en una importante herramienta de evaluación. Cuando hablamos de la evaluación de ciertos *hábitos* de la persona, hacemos referencia implícita a una evaluación prolongada en el tiempo. Por otra parte, parece un acuerdo generalizado entre los profesionales la inconveniencia de recurrir a largas evaluaciones cuya duración puede saturar al evaluado y distorsionar la información obtenida. Es por ello por lo que preferimos hablar de una *evaluación inicial* en hábitos y habilidades básicas cuya información extraída tiene, en principio, valor indiciario. Esa aproximación, esa información se verá confirmada o desmentida durante el desarrollo de la *evaluación continuada* que supone el Programa individual de Intervención.

#### 3.2.3.1. Tareas de evaluación en los Talleres Rehabilitadores

- Las tareas realizadas en los TR deben aportar información del desempeño laboral del trabajador, sobre los siguientes requerimientos laborales:



- Comprensión y seguimiento de instrucciones.
- Manejo de las herramientas e instrumentos de trabajo.
- Cuidado del material de trabajo.
- Ritmo de ejecución de la tarea encomendada.
- Atención y concentración durante la realización de la tarea.
- Organización para la realización de una tarea compleja o por fases.
- Actitud ante la realización de la tarea.
- Grado de iniciativa aplicado a la realización de la tarea.
- Calidad del trabajo final.
- Capacidad para afrontar problemas durante la realización de la tarea.
- Reacción ante los cambios de tarea.
- Memoria para las instrucciones.
- Tolerancia ante las observaciones del supervisor.
- Cooperación con el supervisor.
- Independencia del supervisor.
- Capacidad para solicitar ayuda.
- Capacidad para ofrecer ayuda.
- Capacidad para expresar críticas y valoraciones.
- Habilidad para trabajar con otros.
- Grado de interacción con compañeros.

Independientemente de las áreas de trabajo que se desarrollen en el TR, clasificamos las tareas en:

- **Tarea gratificante:** Tarea que por su naturaleza, duración y contenido, reporta satisfacción al trabajador.
- **Tarea repetitiva:** Tarea para cuya realización se necesita constancia y regularidad en el esfuerzo aplicado para su resolución.
- **Trabajo de fondo:** Tarea para cuya realización se necesitan prolongadas sesiones de trabajo que deben alternarse en el tiempo con la realización de tareas de otro tipo.
- **Trabajo con plazo:** Tareas cuya realización íntegra debe completarse en un tiempo preestablecido.
- **Tarea sin plazo determinado:** Tareas cuya realización no depende de un plazo establecido por factores externos (cliente, supervisor, trabajo en equipo, etc.) y se realiza según el ritmo de trabajo de la persona evaluada.
- **Trabajo en equipo:** Trabajo para cuya realización se necesita desplegar habilidades sociales de trabajo en grupo, responsabilidad hacia la propia tarea y cumplimiento de los plazos establecidos por el grupo para la propia realización secuencial de la tarea.

Otros aspectos que permite evaluar el Taller Rehabilitador son: la asistencia, la puntualidad, la administración del tiempo de descanso y la cooperación de la persona hacia su propio proceso de rehabilitación laboral.

Los Instrumentos de evaluación en esta área son:

1. Entrevista con usuario, familia, etc.
2. Registros de hábitos básicos de trabajo en TR u otros contextos laborales.
3. Observación directa.
4. Auto-evaluación del usuario en los talleres rehabilitadores.

### 3.2.4. Habilidades sociales en ambiente laboral

Las Habilidades Sociales en Ambiente Laboral son aquellas habilidades imprescindibles en la convivencia laboral que el usuario debe adquirir, recuperar o potenciar, tales como la adecuada interacción con compañeros y jefes, la capacidad de iniciar y mantener conversaciones, la capacidad para solicitar y ofrecer ayuda, la administración del tiempo de ocio, etc.

Siguiendo a Liberman, las habilidades sociales comprenden las transacciones entre las personas cuyos resultados son el logro de los objetivos tangibles social-emocionales particulares. La habilidad social en un ámbito rehabilitador como el TR está estrechamente ligada a la consecución de objetivos particulares específicos (la obtención de trabajo, de formación, de integración en un grupo, etc.) y a la necesidad individual de establecer relaciones interpersonales. El adiestramiento en habilidades sociales del TR está implícito en la actividad laboral y en las relaciones que naturalmente se establecen entre los trabajadores. Existe un adiestramiento gradual en el modo de *producirse* junto a compañeros y jefes, así como una instrucción específica de las *normas implícitas*<sup>47</sup>, no escritas, que estructuran y caracterizan las relaciones sociales en cualquier ámbito social y laboral. Igual que las normas explícitas, escritas, las normas implícitas participan en la construcción de las situaciones. Si las normas explícitas aparecen reguladas (contratos, convenios, leyes) con el fin de propiciar la convivencia laboral normalizada, las normas implícitas se construyen y sustentan en el acervo cultural de las distintas sociedades, y aparecen representadas en la conducta de cada uno de los miembros de esas sociedades. Con frecuencia al margen de la construcción social de las relaciones interpersonales, las personas con TMG necesitan de una especial instrucción de este tipo de regulación implícita de las relaciones laborales. Y para ello, en la secuencia de integración *elegir-entrenar-colocar* en la que enmarcamos nuestro modelo de rehabilitación, los TR ofrecen un privilegiado abanico natural de situaciones reales donde el usuario puede aprender esa construcción implícita presente en las situaciones laborales dadas. Este aprendizaje de las también llamadas *normas informales o implícitas*, que caracterizan y determinan la interacción, es aun de mayor importancia que la capacitación técnica para el desempeño de una tarea concreta. Con frecuencia podemos encontrar trabajadores que, capacitados técnicamente en un área laboral determinada, carecen sin embargo de un repertorio conductual habilidoso en el desarrollo de las normas implícitas que construyen las habilidades sociales en el mundo del trabajo; y esa carencia las convierte en personas difícilmente *empleables*. Este adiestramiento normativo en las situaciones concretas posee, además, un importante valor desestigmatizador. La ruptura de una norma explícita, escrita, comporta la aplicación de sanciones cuyo conocimiento general se presupone. En general, no son las personas implicadas en la situación las que aplican estas sanciones, sino un organismo competente. De esta forma, el carácter organizado y pautado de la sanción a la vulneración de una norma explícita convierte su trasgresión en un componente controlado por la estructura social. Aunque indeseable, la trasgresión de la norma explícita forma

parte del juego social y es, por lo tanto, reconocible. Sin embargo, la vulneración de una norma implícita comporta sanciones de naturaleza estigmatizante. Las sanciones *informales* son aplicadas directamente por los participantes de la situación; y ante una vulneración de una norma implícita que construye y forma parte de la situación y normatividad informal del grupo, la sanción viene expresada en forma de exclusión del *infractor informal*, que será considerado como *diferente, desviado, objeto de estigma y prejuicio*. Un adiestramiento formal que tenga en cuenta la observación de normas implícitas presentes en la interacción social-laboral, aumentará el grado de *empleabilidad* del *sujeto rehabilitando*, posibilitará la generalización del cumplimiento de estas normas en otros contextos de actuación, y contribuirá a paliar o evitar que *el trabajador* sea objeto de la aplicación del estigma.

Para sujetos que presentan déficit cognitivos severos y problemas significativos en su repertorio conductual, pueden diseñarse entrenamientos específicos siguiendo modelos básicos, atencionales y de resolución de problemas<sup>48</sup>.

Numerosos estudios advierten de la importancia del entrenamiento en habilidades sociales para personas con TMG, pero es importante recalcar que las habilidades trabajadas se adquirirán mejor y serán más duraderas si el adiestramiento forma parte de un amplio y general programa de rehabilitación<sup>49</sup>. Las habilidades sociales adquiridas en el adiestramiento implícito de los talleres pueden generalizarse a otros ámbitos. Se pueden generalizar las conductas habituales que han supuesto para el sujeto cualquier tipo de compensación material o afectiva, o el enriquecimiento personal en aspectos como eficacia, competencia o interacción con otros<sup>50</sup>.

### 3.2.5. Asertividad Laboral

El déficit en habilidades sociales no está considerado como un síntoma directo de la enfermedad mental, sino como una consecuencia derivada de ésta. Los programas para entrenar habilidades sociales de personas con TMG han demostrado que la mayoría presenta dificultades cuando se trata de generalizar las habilidades aprendidas a otros contextos diferentes al terapéutico<sup>51</sup>.

Los factores que influyen o que contribuyen al deterioro en las capacidades de relación con otros están condicionados por: periodos de aislamiento tras el inicio de la enfermedad mental; por la pérdida de la red social; por la presencia de ideas erróneas sobre la enfermedad y sobre las propias posibilidades; baja autoestima; sobreprotección familiar; por la adquisición y consolidación de un arraigado *rol de enfermo*, etc. Durante el proceso de rehabilitación laboral de los usuarios, uno de los objetivos principales es el desarrollo de habilidades sociales adecuadas para desenvolverse con éxito en el medio socio laboral. Para ello, la rehabilitación cuenta con diversos instrumentos y escenarios que pretenden aumentar ese grado de competencia social de forma implícita, como son los TR. El entrenamiento en asertividad pretende dotar a los usuarios de conocimientos y estrategias para el afrontamiento y resolución de problemas específicos que no son reproducibles en el marco de los TR y que si pueden presentarse en cualquier ámbito laboral.

Para la realización de un programa de asertividad es preciso evaluar qué dificultades presenta el sujeto a la hora

de desenvolverse socio-laboralmente en distintas situaciones. Para ello se diseñó una evaluación inicial con diez situaciones *típo* en las que se despliegan habilidades como son: iniciar, mantener y finalizar una conversación; hacer y recibir críticas y valoraciones; solicitar y prestar ayuda, afrontar situaciones conflictivas con compañeros o jefes, toma de decisiones, etc. Si el objetivo es que las personas afectadas por un TMG se reintegren normalizada y autónomamente en su entorno, habrá que conocer el modo y la manera en que estas personas interactúan con los eventos y las circunstancias que conforman el ambiente en el que viven. Esto solo podrá lograrse evaluando si poseen las capacidades y habilidades necesarias para hacerlo y si las emplean de un modo adaptado y adaptativo<sup>52</sup>.

Es necesario conocer cuál ha sido el funcionamiento social de la persona, desde su infancia hasta la actualidad y valorar los resultados de los distintos modos de afrontamiento social que ha manifestado la persona hasta el momento; y evaluar si estos afrontamientos generaron experiencias positivas o negativas que condicionaron su desempeño social posterior. El índice de éxito o de fracaso en los esfuerzos requeridos para interactuar con otros, afectará además la motivación hacia la adquisición de nuevos patrones conductuales que podrían resultar más beneficiosos. Siguiendo a Shepherd, el desempeño social, lo mismo que el trabajo, depende tanto de la motivación como de las capacidades sociales. Los usuarios deben estar dispuestos a establecer las interacciones sociales, pero deben sentir alguna motivación para superar las dificultades que ello requiere. Además, han de poseer ciertas capacidades de carácter conductual, cognoscitivo y emotivo, y saber usarlas de la manera apropiada. Dada la relevancia de estos factores, es importante analizar desde un inicio, por una parte, la motivación previa y actual hacia la relación con otros y por tanto evaluar la predisposición hacia el *cambio*; y por otra parte evaluar cuáles son sus capacidades a nivel conductual, cognoscitivo y emotivo, y de qué forma las desarrollan.

Sabemos que cuanto mayor información tengamos de la persona, mayor conocimiento tendremos sobre sus habilidades y competencias. Los datos que consideramos necesarios para conseguir una completa evaluación en el área de las habilidades sociales de la persona con la que vamos a trabajar, son los siguientes:

- Desarrollo evolutivo de la persona, cómo se relacionaba en la infancia, en el colegio; en la adolescencia y en la actualidad, identificando si existen diferencias significativas entre su desempeño social antes y después del inicio de la enfermedad mental.
- Identificar cuál ha sido su modo de afrontamiento ante situaciones difíciles, recursos utilizados, iniciativa y búsqueda de alternativas a la hora de solucionar problemas.
- Conocer cuál fue el modelo de desempeño social que ha seguido la persona, familia, red social, etc.
- Conocer la actitud de la familia, entorno social y otros significativos respecto de la persona evaluada: cuál es su opinión sobre las capacidades actuales y de aquéllas que potencialmente pudiera desarrollar la persona. Igualmente, es importante evaluar de qué forma motivan y apoyan un posible cambio para conseguir una mayor competencia social.

- Evaluar las actuales interacciones sociales del usuario, si tiene red social y si desarrolla intentos de aumentar esa red en diferentes contextos. Por ello es necesario conocer el nivel de actividad social de la persona, así como sus intereses y ocupaciones diarias.
- Conocer la actitud del usuario, la predisposición hacia el desarrollo de la capacidad para interactuar con otros. Evaluaremos la motivación hacia el *cambio* y las expectativas para obtener mejoras en su rendimiento sociolaboral.

Esta información se obtiene de las entrevistas iniciales, registros y cuestionarios, realizados por el equipo del recurso rehabilitador; de la devolución de información u observación directa del desenvolvimiento de la persona en diferentes contextos (TR, trabajo, prácticas laborales, entrenamientos, etc.). Una adecuada coordinación entre los miembros de equipo de trabajo, entre profesionales de diferentes recursos y con la familia del usuario, propiciará una evaluación más eficaz y fiable, ya no solo en la recopilación de información, sino también durante la posterior fase de intervención y seguimiento.

Las distintas áreas que se evaluarán antes del inicio del entrenamiento en Asertividad Laboral, son las siguientes:

- Aspectos básicos de la comunicación: conductas verbales, paraverbales y no verbales.
- Capacidad para iniciar, mantener y finalizar una conversación.
- Tipo de comportamiento: pasivo, asertivo, agresivo.
- Capacidad para realizar peticiones de información/ayuda, defender y argumentar la propia opinión, negociar en ausencia de acuerdo, hacer y recibir valoraciones sobre el trabajo y la propia persona, hacer y recibir críticas, y afrontar la hostilidad.
- Posibles ideas erróneas en el marco laboral.
- Capacidad de afrontamiento para manejar la ansiedad.
- Capacidad para tomar de decisiones en situaciones conflictivas.

### 3.2.5.1. Procedimiento de la evaluación

- *Explicación de la importancia de las habilidades sociales* para el desempeño socio-laboral, destacando la importancia de aquellos aspectos que transmiten información relevante sobre el mensaje, como son el comportamiento no verbal, paraverbal y verbal. Es necesario destacar los beneficios de desplegar un repertorio conductual asertivo, para contribuir a aumentar la motivación hacia un cambio en el patrón de respuesta.
- *Ensayos conductuales*, que son grabados en video. El objetivo de la grabación es facilitar la identificación de los comportamientos adecuados y de aquellos que son mejorables. La evaluación del desempeño del usuario se realiza entre dos evaluadores, puntuando mediante una escala tipo Likert (de 1 a 5) la adecuación a cada uno de los elementos que componen la conducta social habilidosa. La puntuación final será la media de las puntuaciones de dichos evaluadores. Las situaciones en las que se evalúa el desempeño social del usuario son las siguientes: 1.–Iniciar/man-

tener/ finalizar conversaciones; 2.–Expresar sentimientos; 3.–Negociación; 4.–Afrontamiento de críticas justificadas; 5.–Afrontamiento de críticas injustificadas; 6.–Expresión de críticas; 7.–Petición de información/ayuda; 8.–Negación ante peticiones; 9.–Expresión de valoraciones; 10.–Aceptación de valoraciones.

- En cada una de estas situaciones se evalúan una serie de conductas no verbales, paraverbales y verbales, así como la impresión subjetiva del evaluador con respecto a la actuación del usuario. Las conductas evaluadas son: **Conductas no verbales:** Contacto visual, expresión facial, postura corporal; **Conductas paraverbales:** Volumen de voz, tono afectivo, fluidez verbal, latencia de respuesta, escucha empática; **Conductas verbales:** Contenido del discurso y duración; **Evaluación general:** Pasividad– asertividad–agresividad, iniciativa, ansiedad percibida, percepción de auto-eficacia.
- Después de realizar el ensayo de cada situación, el usuario expresa su percepción de autoeficacia, dando una puntuación del 1 al 10 (1: repertorio conductual inadecuado y 10: repertorio conductual adecuado). Esta *autoevaluación* facilita información sobre cómo se percibe el usuario y sobre la presencia de ideas erróneas referentes a los diferentes tipos de desempeños.
- Tras finalizar el ensayo conductual, los evaluadores observan la grabación de las diferentes situaciones y realizan una evaluación exhaustiva del desempeño social de la persona.
- Los profesionales encargados de realizar esta evaluación siguen los criterios especificados en el instrumento elaborado a tal efecto por Lavado y Fernández<sup>33</sup>. Tras la recopilación de todos los datos podemos establecer un método de trabajo, aprovechando las competencias evaluadas para paliar o mejorar las dificultades sociales que presente la persona.
- Al finalizar el entrenamiento, tanto en grupo como en formato individual, se realiza una evaluación final. Esta evaluación tiene carácter *continuo*, ya que los progresos y dificultades se evidencian en el transcurso de la intervención.

Los instrumentos utilizados para evaluar son, en primer lugar, la observación directa de la persona en los diferentes ámbitos (entrevistas, TR, otros entrenamientos, espacios informales.). Otros instrumentos utilizados son el ensayo conductual, registros, autoregistros, tareas para casa y *feedback*.

## 3.3. Acceso a Formación y Empleo

### 3.3.1. Acceso a Formación

El presente modelo de rehabilitación laboral considera un factor de particular relevancia el acceso a formación de las personas con TMG. Por ello propiciaremos el acercamiento a modelos formativos coherentes, acordes a la orientación y elección vocacional del usuario, preferiblemente desarrollados en un contexto real, y tendentes a mejorar la *empleabilidad* del usuario.

La enseñanza se define en función de dónde se realiza, o bien en un programa integrado de enseñanza, o bien en un



marco de salud mental<sup>54</sup>. Existen contextos marginales que descalifican todo el valor de la formación, porque lo impregnan de una cultura de *gueto*. El contexto debe reunir características que favorezcan la interacción, extendiendo progresivamente la complejidad de las relaciones a otros ámbitos y al entorno social. Será un contexto revalorizador y por tanto desprovisto de elementos que amplifiquen el estereotipo de enfermo y desviación.<sup>55</sup> Con frecuencia los usuarios han pasado por muy diversas áreas de formación, con escasos resultados, tanto a nivel de capacitación profesional como de adaptación al medio. Se debe tender a facilitar al usuario el acceso hacia recursos de *enseñanza real*<sup>56</sup> ofreciendo apoyo humano continuado, siempre que sea necesario.

La participación del usuario en recursos *formativos reales* va a generar distintos logros<sup>57</sup>.

- Aumentar y actualizar la cualificación profesional.
- Compartir espacio con un grupo social.
- Aumentar sus intereses vocacionales.
- Definir su orientación profesional.
- Generalizar al ambiente natural aquellas habilidades entrenadas dentro del centro de rehabilitación laboral.
- Posibilitar el acceso a módulos de técnicas de búsqueda de empleo, impartidos en el centro de formación.
- Posibilidad de acceso a bolsas del empleo.
- Servir como muestra y eliminar posibles prejuicios sociales.

Los recursos formativos eficaces y reales, como parte del itinerario sociolaboral, mostrarán las siguientes características:

- Basarse en los *certificados de profesionalidad*.
- Formar no sólo en conocimientos para un *puesto* sino también en actitudes y destrezas.
- Incluir formación práctica en empresas reales, como parte del proceso de aprendizaje.
- Proporcionar al usuario información sobre las tendencias de cada área laboral específica y del convenio laboral del sector.
- Partir de una prospección del sector: Adaptar la formación a las necesidades del mercado de trabajo presente, aplicar las tecnologías actuales, diferenciar los niveles de especialización y diversificación en cada área laboral, familiarizarse con estudios y legislación sobre condiciones laborales y posibilidad de promoción en el sector.

Los objetivos de la evaluación en el acceso a formación son:

- Detectar la necesidad de apoyo para lograr el mantenimiento y la finalización de la formación, y orientar el tipo de intervenciones necesarias para que el usuario alcance los objetivos de la formación.
- Comprobar la generalización al ambiente natural de aquellas habilidades adquiridas y entrenadas dentro del centro de rehabilitación laboral y conocer el desempeño del usuario en un nuevo contexto social.
- Proporcionar al usuario información y refuerzo diferencial durante el proceso de ejecución, y conocer el nivel de satisfacción con su propio desempeño.

- Contrastar la idoneidad de la orientación vocacional consensuada con el usuario.
- Ofrecer apoyo continuado al tutor del recurso formativo.

### 3.3.2. Acceso a prácticas laborales

Es parte de la rehabilitación laboral crear nuevos espacios y generar oportunidades que favorezcan emplazamientos laborales, posibles y reales, para cada uno de los usuarios; hacer un uso creativo y sistemático de ambientes de apoyo revalorizador, que deben ir modificándose y aumentando la demanda para que el usuario adquiera habilidades de forma gradual, en ambientes cada vez más exigentes<sup>58</sup>.

Las prácticas laborales suponen una fórmula de formación en un entorno laboral, con dos objetivos fundamentales: de una parte completar y actualizar la formación del usuario en un nuevo contexto laboral, y por otra mostrar al empresario la realidad laboral de un colectivo altamente excluido y estigmatizado.

El primer paso para la realización de las *prácticas* es la firma de un convenio de colaboración con la empresa; este convenio regula la relación establecida, que incluye un seguro de accidentes –cubierto por el recurso revalorizador– que exonera al empresario de cualquier tipo de responsabilidad. Estas prácticas laborales son desestigmatizadoras en cuanto propician un conocimiento previo de la persona en el ámbito laboral que puede favorecer su posterior contratación. Antes de iniciar *el periodo de prácticas* se mantiene una reunión preparatoria con la empresa, en la que se acuerda el horario, fechas de inicio y finalización del período; se determina también el puesto de trabajo y las tareas a realizar por el usuario.

En una reunión con el usuario se entrega toda la información necesaria, recogida en el cuaderno de prácticas (ver *anexo 2*) y se explica con detalle el desarrollo de las prácticas. Durante este periodo se mantiene un seguimiento continuo para evaluar el funcionamiento laboral del usuario y resolver los posibles problemas que puedan surgir, tanto con el usuario como con el tutor de la empresa. Este seguimiento debe de establecerse de forma que, además de proporcionar la información necesaria, propicie y respete la autonomía del *trabajador en prácticas*.

Al término de las prácticas se realiza una *evaluación* con cada una de las partes, determinando actitudes, habilidades, nivel de autonomía, ritmo y calidad de las tareas realizadas. La realización de prácticas laborales en empresas tiene como objetivos generales en el programa de rehabilitación laboral del usuario:

- Completar con la práctica real en la empresa el aprendizaje teórico del aula formativa.
- Contrastar el desenvolvimiento personal en la práctica real de la empresa.
- Aumentar la capacitación proporcionando técnicas y habilidades.
- Aumentar y mejorar el *currículum vitae*.
- Evaluar actitudes, destrezas y conocimientos en el propio lugar de trabajo.
- Aumentar las posibilidades de inserción laboral.

Los objetivos individualizados de las prácticas laborales pueden ser:



Definir intereses vocacionales.

- Aumentar la motivación real hacia el empleo –*desplazamiento de rol*–
- Eliminar ideas erróneas sobre las necesidades y características del mercado laboral.
- Facilitar el afrontamiento ante el empleo, disminuyendo el grado de responsabilidad percibida.
- Evaluar los conocimientos, destrezas y actitudes en sectores muy especializados.
- Formar dentro de la empresa en sectores muy especializados.
- Paliar la posible presencia de ideas erróneas que pudiera tener el empresario sobre las enfermedades mentales, contribuyendo a reducir el estigma que recae sobre el colectivo.

### 3.3.3. Acceso y mantenimiento en el empleo

La capacidad para mantener un empleo es el criterio de evaluación más fiable de que el proceso de rehabilitación e integración laboral ha sido eficaz. El centro rehabilitador es un recurso social especializado cuyo objetivo es ofrecer programas individualizados de rehabilitación laboral dirigidos a propiciar la integración sociolaboral de personas con TMG. Los datos que a continuación se detallan pertenecen al Centro de Rehabilitación Laboral «Nueva Vida» creado en 1991, en Madrid, y nos sirven para ilustrar algunos indicadores determinantes en el acceso y mantenimiento en el empleo:

Tomamos como referencia una muestra de 75 usuarios atendidos en el CRL, durante el periodo de un año; de ellos, el 52 % del total de atendidos accedieron a empleo. De este grupo, compuesto por 39 personas, ninguna de ellas fue despedida. Algunas de las características que presenta esta muestra de usuarios que mantiene el empleo son:

- Participación en un programa específico de rehabilitación laboral para personas con TMG. Hay una amplia evidencia de que las personas con enfermedad mental pueden obtener empleo, con un éxito modesto si reciben servicios de rehabilitación vocacional<sup>59</sup>.
- Todos ellos habían pasado por un entrenamiento en «*ajuste laboral y social*». Lofquist y Dawis proponen que mantenerse en un trabajo está en función del ajuste vocacional; y que la capacidad de mantener un empleo es criterio para juzgar una buena rehabilitación<sup>60</sup>.
- En todos los casos se proporcionó apoyo profesionalizado, flexible y prolongado con el usuario, la familia y con la empresa *contratadora*, con el acuerdo del trabajador. *Apoyos* son aquellas personas, lugares, cosas y actividades que están disponibles y accesibles para que el individuo con TMG pueda lograr sus metas vocacionales<sup>61</sup>.
- La coordinación con los recursos sanitarios, y con los profesionales de referencia fue permanente en todos los casos. La importancia del manejo de los síntomas y su relación con el empleo subraya la necesidad de una plena integración de los servicios de Salud Mental y laborales para personas con TMG<sup>62</sup>.
- El acceso a empleo fue *intermediado* por el CRL en más del 92 % de los casos. Más del 29 % de los contratos

fueron de carácter indefinido. La prospección empresarial se realiza de forma personalizada, atendiendo a las necesidades específicas y a las elecciones laborales de cada persona, nunca de manera indiscriminada. La mayoría de los empleos se desarrollan en entorno ordinario (más del 70 %), y a jornada completa (más del 72 %).

- En todos los casos el equipo rehabilitador apoyó la *elección vocacional* del usuario. La satisfacción se correlaciona con una correspondencia entre necesidades de trabajo y reforzadores del mismo; la satisfacción en el trabajo predice que se conservará el empleo<sup>63</sup>.
- Del total de inserciones laborales, sólo una persona abandonó voluntariamente el empleo. Un momento predecible y en ocasiones necesario en un programa de rehabilitación laboral es la fase «*dejar el empleo*». En estos casos se evaluarán los indicadores de conocimientos, destrezas y metas adquiridas, así como la forma de abandonar sin consecuencias negativas para el futuro laboral del usuario<sup>64</sup>.
- No se dio ningún caso de abandono por descompensación. Según algunas investigaciones, mantener un trabajo es un predictor significativo de la duración de la remisión de la sintomatología productiva y de la posibilidad de realizar la vida en la comunidad<sup>65</sup>.
- Todos los usuarios que acceden y mantienen el empleo puntuaron alto en el *Cuestionario de motivación* para el trabajo para personas con TMG (Colis, Coy, Galilea, López, Pascual, 1996), obteniendo altos niveles de motivación y deseos de integrarse laboralmente.
- Más del 40 % de los usuarios que realizaron *prácticas* en empresas fueron contratados tras su finalización. Diversos estudios parecen confirmar que el estigma se atenúa cuando conocemos a las personas, cuando les ponemos rostro. El prejuicio disminuye cuando la empresa contratadora conoce a la persona; y aun se reduce más cuando el usuario tiene el respaldo de un Programa de Integración Laboral profesionalizado que le garantiza apoyo y seguimiento<sup>66</sup>.
- El número de *deserciones* del CRL, durante ese mismo año, fue de 2 personas sobre 75 atendidos. La importancia de contar con equipos experimentados es fundamental para proporcionar servicios de calidad. Vemos a continuación algunas características presentes en los profesionales que correlacionan con mejores resultados: alto nivel de compromiso con usuarios y familiares para trabajar en la solución de sus problemas, capacidad para identificar y focalizar los aspectos más fuertes de cada familia, alto nivel de preparación intelectual y *muchísimo sentido común*, flexibilidad social e interpersonal, experiencia del mundo real y de la vida en la calle y confianza en sí mismo<sup>67</sup>.

Estos datos relativos al mantenimiento en el empleo, se ven confirmados al tomar otra muestra del CRL Nueva Vida (67 personas atendidas), en otro periodo de tiempo, también de 12 meses, en el que se confirma la tendencia del mantenimiento en el puesto, ya que el porcentaje de usuarios que accede a empleo es aquí del 56,7 % del total de atendidos, y ninguno de ellos fue despedido.

## Bibliografía

1. Shepherd G. (1996) Avances recientes en la rehabilitación psiquiátrica. En Aldaz J. y Vázquez C. (comps) *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Ed. Siglo XXI. Madrid.
2. Galilea V, Colis J. (1997): Rehabilitación Laboral. En: Rebolledo S. (Ed.): *Rehabilitación Psiquiátrica* (curso de postgrado de rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos). Santiago de Compostela. Noviembre 1994 /Junio 1995. Universidad de Santiago de Compostela.
3. Liberman R.P. (1988) La Rehabilitación Integral del enfermo mental crónico. Barcelona: Martínez Roca.
4. Fernández Blanco JI, Fernández JA, González Cases J, Orviz S. (2001) *Consideraciones sobre el plan individualizado de rehabilitación de personas con trastornos mentales crónicos*. Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial; año 8, n.º 13: 5-9
5. Farkas M. (2005) *Developing a recovery orientation*. In: an existing Mental Health Service Workshop. Proceeding FEARP I Congress y WAPR IV Congress. Madrid. November 26.
6. Colodrón A. (2002) La condición esquizofrénica. Madrid: Ed. Triacastela.
7. Colis, J. (2001) Filosofía de la Rehabilitación Laboral. En *Rehabilitación Laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de Intervención*. Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales. n.º 14. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.
8. Mechanic D. (1974) Social structure and personal adaptation: some neglected dimensions. In: GV Coelho, DA Hamburg, and JE Adams, editors. *Coping and adaptation*. Basic Books. Nueva York.
9. Liberman R.P. (1988) Rehabilitación Integral del enfermo mental crónico. Barcelona: Martínez Roca; 1988/1993
10. Shepherd G (1996) Avances recientes en la rehabilitación psiquiátrica. En: Aldaz J. y Vázquez C. (comps) *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*: Ed. Siglo XXI; Madrid
11. Watts F. (1983) Empleo. En: F. Watts y D. Bennett. *Teoría y Práctica de la Rehabilitación Psiquiátrica*. México: Limusa.
12. Shepherd G. Avances recientes en la rehabilitación psiquiátrica. En: Aldaz J. y Vázquez C. (comps) *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Ed. Siglo XXI; 1996
13. McDonald-Wilson KL, Nemeč PB, Anthony WA, Cohen MR (2001) En Brian F. Bolton *Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation*. 3.ª edición. Gaithersburg, MD: Aspen Publications.
14. Shepherd G. Planificación de la Rehabilitación del individuo. En: Watts F. Bennett DH, et al. *Rehabilitación Psiquiátrica: teoría y práctica*. México DF: Limusa ; 1990. p.353-372.
15. Farkas M. Avances recientes en la rehabilitación psiquiátrica. En: Aldaz J. y Vázquez C (comps) *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Ed. Siglo XXI; 1996. p.167-186.
16. Liberman R.P. (1988) Rehabilitación Integral del enfermo mental crónico. Barcelona: Martínez Roca.
17. Fernández Blanco J.I. et al. (2003) Evaluación funcional en Rehabilitación Psicosocial. Métodos e Instrumentos. En: (coord.: Gisbert Aguilar, C). *Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo*. Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría. p.60.
18. Anthony WA; Cohen MR and Danley, KS. (1988) The Psychiatric Rehabilitation Model as Applied to Vocational Rehabilitation . En: Ciardello JA and Bell MD, editors. *Vocational Rehabilitation of Persons with Prolongued Psychiatric Disorders*, Baltimore, Johns Hopkins University Press.
19. Galilea V. (2001) Orientación vocacional. . En *Rehabilitación Laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de Intervención*. Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales. n.º14. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid. 2001
20. Lauriello J, Lenroot R, Bustillo JR (2003). Maximizing the synergy between pharmacotherapy and psychosocial therapies for schizophrenia *Psychiatr Clin North Am* ; 2003; 26:191-211.
21. López M., Laviana M. (2004), et al. *Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo. Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible*. Revista de la AEN. N.º 89. enero/marzo; 2004: p. 34.
22. Colis J. (2001) Problemática y dificultades para la inserción laboral de las personas con enfermedad mental crónica. En: *Rehabilitación Laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de Intervención*. Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales. n.º 14. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.
23. McGlashan T. (1994) Psychosocial treatments of schizophrenia. In: Andreasen NC. *Schizophrenia from mind to molecule*. American psychopathological series. American Psychiatric Press: Washington DC; p. 189-215.
24. Lehman AF, Ward NC, Linn L. (1982) Chronic mental patients: the quality of life issue. *American Journal of Psychiatry*. 139 (10): 1271-1276.
25. Becker DR; Smith J (2001). et al. Fidelity of Supported Employment Programs and employment outcomes. *Psychiatric Services*. 52, 6, p. 834-836.
26. Farkas M. (1996) Avances recientes en la rehabilitación psiquiátrica. En: Aldaz J. y Vázquez C. (comps) *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Ed. Siglo XXI. Madrid.
27. Colodrón A (2002) La condición esquizofrénica. Madrid: Ed. Triacastela.
28. González A. (1993) Centros Especiales de Empleo. Un modelo de empresa revisable. Siglo Cero, Julio-Agosto 1.993; Vol. 25 (3) n.º 148, p.49-53.
29. Anthony W, Cohen M; Farkas M. (1982) A psychiatric rehabilitation treatment program: Can I recognize one if I see one? Boston University. *Community Mental Health Journal*. Verano 1982; Volumen 18, n.º 2.
30. Liberman RP; Kopelwicz A. (2004) Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. *Rehabilitación psicosocial*; 1(1):12-29.
31. García J; Peñuelas B; de las Heras B; Menéndez L; Díez M.ª E. (2000) La formación y el empleo. Instrumentos básicos para la integración de las personas con trastornos psicóticos. *Revista AEN*; 2000. vol XX, n.º 73, p. 9-22.
32. Colis J.: Problemática y dificultades para la inserción laboral de las personas con enfermedad mental crónica. En: *Rehabilitación Laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de Intervención*. Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales. n.º 14. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.
33. Anthony,W.; Cohen, M.; Farkas,M. (1997)Psychological Rehabilitation. A concept need a method. Boston University. *American Psychologist*. Agosto 1977. Volumen 32, N.º 8. p. 658-662.
34. Colis J (2001) Los Talleres Rehabilitadores dentro del modelo de los Centros de Rehabilitación Laboral. *Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*; 13: 5-9.
35. Alcaín E, Colis J. (2001) Ajuste Laboral. Entrenamiento en hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales en ambiente laboral. En: *Rehabilitación Laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de Intervención*. Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales. n.º 14 Madrid. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.
36. Galilea, V; Colis, J. (2001). Hoja de registro de hábitos básicos de trabajo. Hoja de registro de habilidades sociales en ambiente laboral, Anexos 7-8. En *Rehabilitación Laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de Intervención*. Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales. n.º 14. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.
37. Cook J.A. et al. (1994) Situational assesment. In: *Assesing Vocational Performance Among Persons With Severe Mental Illness*. Chicago, IL: Thersholds National Research and Training Center on Rehabilitation and Mental Illness.
38. Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M (1993) Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Pirámide. Isbn 84-368-0784-7
39. Liberman R.P. (1988): Rehabilitación Integral del enfermo mental crónico. Barcelona: Martínez Roca.

40. Schultheis AM.; Bond G.R. (1993) Situational assessment ratings of work behaviors. Changes across time and between settings. *Psychosocial Rehabilitation Journal*; 17:107-119.
41. Anthony WA, Jansen MA. (1984) Predicting the Vocational Capacity of the Chronically Mentally III: Research and Policy Implications. *American Psychologist* 39 (5).
42. Cook JA, Razzano L (2000). Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophrenia Bull*; 26:87-103.
43. Alcaín E; Colis J. (2001) Ajuste Laboral. Entrenamiento en hábitos básicos de trabajo y habilidades sociales en ambiente laboral. En: *Rehabilitación Laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de Intervención*. Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales. n.º 14. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.
44. Galilea V, Colis J. (2000) Algunas razones en favor de la rehabilitación laboral de personas con enfermedad mental crónica. *Trabajo Social Hoy*. Agosto N.º 28. Monográfico 1er semestre. p. 104-112.
45. Colis J. (2001) Los Talleres Rehabilitadores dentro del modelo de los Centros de Rehabilitación Laboral. *Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*, 2001; 13: 5-9
46. Liberman R.P. (1988) Rehabilitación Integral del enfermo mental crónico. Barcelona. Martínez Roca.
47. Goffman E. (1959) La presentación de la persona en la vida cotidiana. Buenos Aires. Amorrortu.
48. Orviz S. y Fernández JA. (1997) Entrenamiento en habilidades sociales para personas con problemas psiquiátricos crónicos. En: A. Rodríguez (coord.) *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Ed. Pirámide.
49. Liberman RP. (1988) Rehabilitación Integral del enfermo mental crónico. Barcelona: Martínez Roca.
50. Galilea V, Colis J. (1997) Rehabilitación Laboral. En: Rebolledo S. *Rehabilitación Psiquiátrica* (curso de postgrado de rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Santiago de Compostela. Noviembre 1994/Junio 1995) Universidad de Santiago de Compostela.
51. Liberman RP; Massel HK, Mosk MD. , Wong SE (1985): Social Skills training for chronic mental patients». *Hospital and Community Psychiatry*, 36; (4) p.396-403.
52. Fernández Blanco, JI (2002) Evaluación y Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR). *Rehabilitación Psicosocial y Apoyo Comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de Intervención*. Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales. n.º17. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.
53. Fernández O; Lavado A (2001). Entrenamiento en asertividad laboral. Definición de los ítems y criterios de evaluación. *Rehabilitación Laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de Intervención*. Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales. n.º 14. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.
54. Farkas M. (1996) Avances en rehabilitación psiquiátrica: una perspectiva norteamericana. En: Aldaz JA y Vázquez C. (comps) *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Ed. Siglo XXI.
55. García J; Espino A, Lara L. (1998) La Psiquiatría en la España de fin de siglo. Madrid: Ed. Díaz de Santos.
56. Farkas M. (1996) Avances en rehabilitación psiquiátrica: una perspectiva norteamericana. En: Aldaz JA, Vázquez C. (comps) *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Ed. Siglo XXI. Madrid.
57. Galilea V, Lavado A. (2001) Apoyo a la formación. *Rehabilitación Laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de Intervención*. Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales. n.º 14. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.
58. Anthony W; Cohen M, Farkas M. (1977) Psychological Rehabilitation. A concept needs a method. Boston University. *American Psychologist*. Agosto. Vol. 32, N.º8. 658-662.
59. Cook JA & y Razzano L. (1995) Discriminant function analysis of transitional and competitive options in psychosocial clientele. *Journal of Vocational Rehabilitation*; 5 (2), 127-139.
60. Lofquist L. & Dawis R. A (1984) psychological theory of work adjustment. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
61. Danley KS. (1993) The «Choose-Get-Keep» approach to supported employment: Implementation guidelines. Unpublished manuscript. Boston, M.A.: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
62. Chandler D. et al. (1997) A capittated model for a cross-section of severely mentally ill clients: Employment outcomes. *Community Mental Health Journal*, 33:501-516.
63. Betz E. (1969) Need-reinforcer correspondence as a predictor of job satisfaction. *Personnel and Guidance Journal*, 47, p.878-883.
64. Restrepo-Toro ME, Spaniol L, Danley KS, MacDonald-Wilson K & Hutchinson DS. (2002) Guía del Modelo de Rehabilitación Vocacional: Elegir-Conseguir-Retener para Latinos con condiciones psiquiátricas. Boston Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
65. García J; Peñuelas B; de las Heras B; Menéndez L; Díez M.ª E. (2000) La formación y el empleo. *Instrumentos básicos para la integración de las personas con trastornos psicóticos*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., Vol. XX, 2000; 73:9-22.
66. Colis J. (2003) Estigma e Integración Laboral: Consideraciones desde la práctica. *XIII Jornadas de la Asociación Madrileña de Salud Mental*. Octubre 2003.
67. Santos et al. (2003) En: Tratamiento comunitario asertivo. Hernández Monsalve, M. 2.º *Congreso de Rehabilitación en Salud Mental*, Salamanca.

**ANEXO 1**

**CUESTIONARIO DE MOTIVACION PARA EL TRABAJO**

Cuestionario elaborado por Colis, Coy, Galilea, López, Pascual, (1996)

NOMBRE:

EDAD:

SEXO:

• ¿A que tipo de trabajo cree usted que puede acceder? Y ¿Qué condiciones laborales exigiría para aceptarlo (horario, turnos, salario, etc.)?

• ¿Qué es para usted trabajar?

• De las frases y expresiones que va a leer a continuación, indique por favor, si, según su opinión, son verdaderas (V) o falsas (F), poniendo un círculo alrededor de la opción que usted crea correcta.

1. Cuando trabajo me siento mejor. V/F
2. Prefiero que mis compañeros de trabajo desconozcan que estoy en tratamiento. V/F
3. La gente no me entiende. V/F
4. Fuera de casa me siento vulnerable. V/F
5. Trabajar con los demás me supone un esfuerzo. V/F
6. Cuando trabajo aprendo cosas. V/F
7. Me siento incapaz de trabajar. V/F
8. Disfruto de gran parte del dinero que gano. V/F
9. Ganar dinero me da independencia. V/F
10. Es preferible una pensión segura a un posible trabajo. V/F
11. Mi familia me ayuda a buscar trabajo. V/F
12. Mi familia cree que puedo desempeñar un trabajo adecuadamente. V/F
13. La vida en casa se complica cuando trabajo. V/F
14. Trabajar me impide hacer otras cosas que me gustaría. V/F
15. No volvería a desempeñar trabajos similares a otros donde tuve problemas. V/F
16. Preferiría trabajar en sitios especiales para gente como yo. V/F
17. Tengo dudas sobre si podré mantener un trabajo durante mucho tiempo. V/F
18. Me da miedo alejarme mucho de casa. V/F
19. Cogér muchos transportes es demasiado complicado. V/F
20. Si me alejo mucho de casa me siento desprotegido. V/F
21. No me gusta obedecer. V/F
22. Me molesta que critiquen mi trabajo. V/F
23. Necesito que los demás reconozcan mi trabajo. V/F
24. Me cuesta relacionarme con mis compañeros. V/F
25. Los cambios en las condiciones de trabajo me ponen nervioso. V/F
26. Los demás no se preocupan de llevarse bien conmigo. V/F
27. Es fundamental que mi jefe tenga en cuenta mi enfermedad. V/F
28. Trabajar tiene más ventajas que inconvenientes. V/F
29. Por lo que me han contado, cuando trabajas te encuentras con demasiados problemas. V/F
30. Preferiría que me ofreciesen otros recursos (mini-residencia, pensiones económicas, centro ocupacional,...) a trabajar V/F
31. Yo quiero trabajar. V/F
32. Arreglarme para ir a trabajar requiere demasiado esfuerzo. V/F
33. Es probable que tenga problemas con la puntualidad. V/F
34. Mi enfermedad me impide acceder a un buen trabajo. V/F
35. Me angustia la idea de tener que buscar trabajo. V/F
36. Si no encuentro trabajo pronto, es mejor que lo deje. V/F
37. Me molesta reconocer que estoy sin trabajo. V/F
38. Dejaría el trabajo por:
  1. Porque me miren mal. V/F
  2. Falta de materiales. V/F
  3. Discutir con un compañero. V/F
  4. Tener un salario bajo. V/F
  5. Tener un jefe que no me caiga bien. V/F
  6. Porque me cambien de turno. V/F
  7. Porque me aburra. V/F
  8. Sentirme cansado/a. V/F

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

**Hoja de corrección**

**CUESTIONARIO DE MOTIVACION LABORAL PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRONICA**

**FACTORES:**

**1. SATISFACCION LABORAL**

Puntuación máxima: 9

Puntuación directa	Porcentaje
0	0 %
1	11,1 %
2	22,2 %
3	33,3 %
4	44,4 %
5	55,5 %
6	66,6 %
7	77,7 %
8	88,8 %
9	100 %

**2. INTEGRACION AL ENTORNO LABORAL**

Puntuación máxima: 6

Puntuación directa	Porcentaje
0	0 %
1	16,6 %
2	33,3 %
3	50 %
4	66,6 %
5	83,3 %
6	100 %

**3. ACEPTACION SOCIAL**

Puntuación máxima: 2

Puntuación directa	Porcentaje
0	0 %
1	50 %
2	100 %

**4. DESEMPEÑO SOCIAL**

Puntuación máxima: 4

Puntuación directa	Porcentaje
0	0 %
1	25 %
2	50 %
3	75 %
4	100 %



5. HABILIDADES LABORALES

Puntuación máxima: 5

Puntuación directa	Porcentaje
0	0 %
1	20 %
2	40 %
3	60 %
4	80 %
5	100 %

6. AUTOESTIMA

Puntuación máxima: 2

Puntuación directa	Porcentaje
0	0 %
1	50 %
2	100 %

7. PERCEPCIÓN APOYO FAMILIAR

Puntuación máxima: 3

Puntuación directa	Porcentaje
0	0 %
1	33,3 %
2	66,6 %
3	100%

8. ASERTIVIDAD LABORAL

Puntuación máxima: 6

Puntuación directa	Porcentaje
0	0 %
1	16,6%
2	33,3%
3	50 %
4	66,6 %
5	83,3 %
6	100 %

PUNTUACIÓN TOTAL

Puntuación directa	Porcentaje
0	0 %
1	2,7%
2	5,4%
3	8,1%
4	10,8 %
5	13,5 %
6	16,2%
7	18,9 %
8	21,6 %

PUNTUACIÓN TOTAL (Continuación)

Puntuación directa	Porcentaje
9	24,3 %
10	27 %
11	29,7 %
12	32,4%
13	35,1%
14	37,8 %
15	40,5%
16	43,2 %
17	45,9%
18	48,6 %
19	51,3%
20	54 %
21	56,7%
22	59,4%
23	62,1%
24	64,8%
25	67,5%
26	70,2%
27	72,9%
28	75,6%
29	78,3%
30	81,1%
31	83,7%
32	86,4%
33	89,1%
34	91,8%
35	94,5%
36	97,2%
37	100 %

HOJA DE RESPUESTAS:

V	1
V	2
F	3
F	4
F	5
V	6
F	7
V	8
V	9
F	10
V	11
V	12
F	13
F	14

HOJA DE RESPUESTAS: (Continuación)

F	15
F	16
F	17
F	18
F	19
F	20
F	21
F	22
V	23
F	24
F	25
F	26
F	27
V	28
F	29
F	30

HOJA DE RESPUESTAS: (Continuación)

V	31
F	32
F	33
F	34
F	35
F	36
V	37

FACTORES DEL CUESTIONARIO DE MOTIVACIÓN

1. Satisfacción laboral: 1, 6, 8, 9, 10, 14, 28, 29 y 30.
2. Integración al entorno laboral: 2, 5, 16, 24, 25 y 27.
3. Aceptación social: 3 y 26.
4. Desempeño social: 4, 18, 19 y 20.
5. Habilidades laborales: 21, 32, 33, 35 y 36.
6. Autoestima: 7 y 34.
7. Percepción del apoyo familiar: 11, 12 y 13.
8. Asertividad Laboral: 15, 17, 22, 23, 31 y 37.

ANEXO 2. CUADERNO DE PRÁCTICAS LABORALES. Registro elaborado por Carreras, P. (2001-2007)

Evaluación Global de la Empresa

**NOMBRE DEL ALUMNO:**

**EMPRESA:**

**DEPARTAMENTO:**

Rodee con un círculo los aspectos que más abajo se citan, siendo 1 la puntuación mínima y 5 la puntuación máxima.					
CONOCIMIENTOS, DESTREZAS Y ACTITUDES PROFESIONALES	Nada	Algo	Suficiente	Bastante	Mucho
A.- Los conocimientos que posee son adecuados para la realización de las tareas	1	2	3	4	5
B.- Tiene habilidades y destrezas adecuadas para el puesto	1	2	3	4	5
C.- Emplea adecuadamente las máquinas y/o herramientas	1	2	3	4	5
D.- Emplea el tiempo asignado a cada tarea de una manera óptima	1	2	3	4	5
E.- La calidad de su trabajo es buena	1	2	3	4	5
F.- Es puntual y respeta los horarios	1	2	3	4	5
G.- La relación con sus compañeros es adecuada	1	2	3	4	5
H.- Es responsable	1	2	3	4	5
I.- Tiene interés por aprender	1	2	3	4	5
J.- En resumen, está capacitado para el puesto de trabajo	1	2	3	4	5
COMENTARIOS:					

**FECHA:**

**FIRMA DEL TUTOR**

Evaluación por tareas

**NOMBRE DEL ALUMNO:**

**EMPRESA:**

**DEPARTAMENTO:**

TAREA	VALORACIÓN		
	RITMO	CALIDAD	AUTONOMÍA
COMENTARIOS:			

(Escala de Valoración y Calificación: siendo 1 la puntuación mínima y 5 la puntuación máxima)  
 FIRMA DEL TUTOR

CUADERNO DE PRÁCTICAS LABORALES EN EMPRESAS (A cumplimentar por el centro rehabilitador)

DATOS DE LA EMPRESA
NOMBRE: C.I.F.: DOMICILIO SOCIAL: PROVINCIA Y CÓDIGO POSTAL: CENTRO DE PRÁCTICAS: PERSONA DE CONTACTO: PROVINCIA Y CÓDIGO POSTAL: CARGO: ACTIVIDAD: TELÉFONO / FAX:

DATOS DEL PERIODO DE PRÁCTICAS
DURACIÓN (Horas): FECHA DE INICIO: FECHA DE FIN: N° HORAS/ DÍA: NOMBRE DEL TUTOR: PUESTO DE PRÁCTICAS: TAREAS:

INFORME DE LAS PRÁCTICAS

FECHA	TAREAS

**EVALUACION DE LAS PRÁCTICAS**

*(A cumplimentar por el alumno en Prácticas)*

Indique los aspectos más positivos del periodo de prácticas:

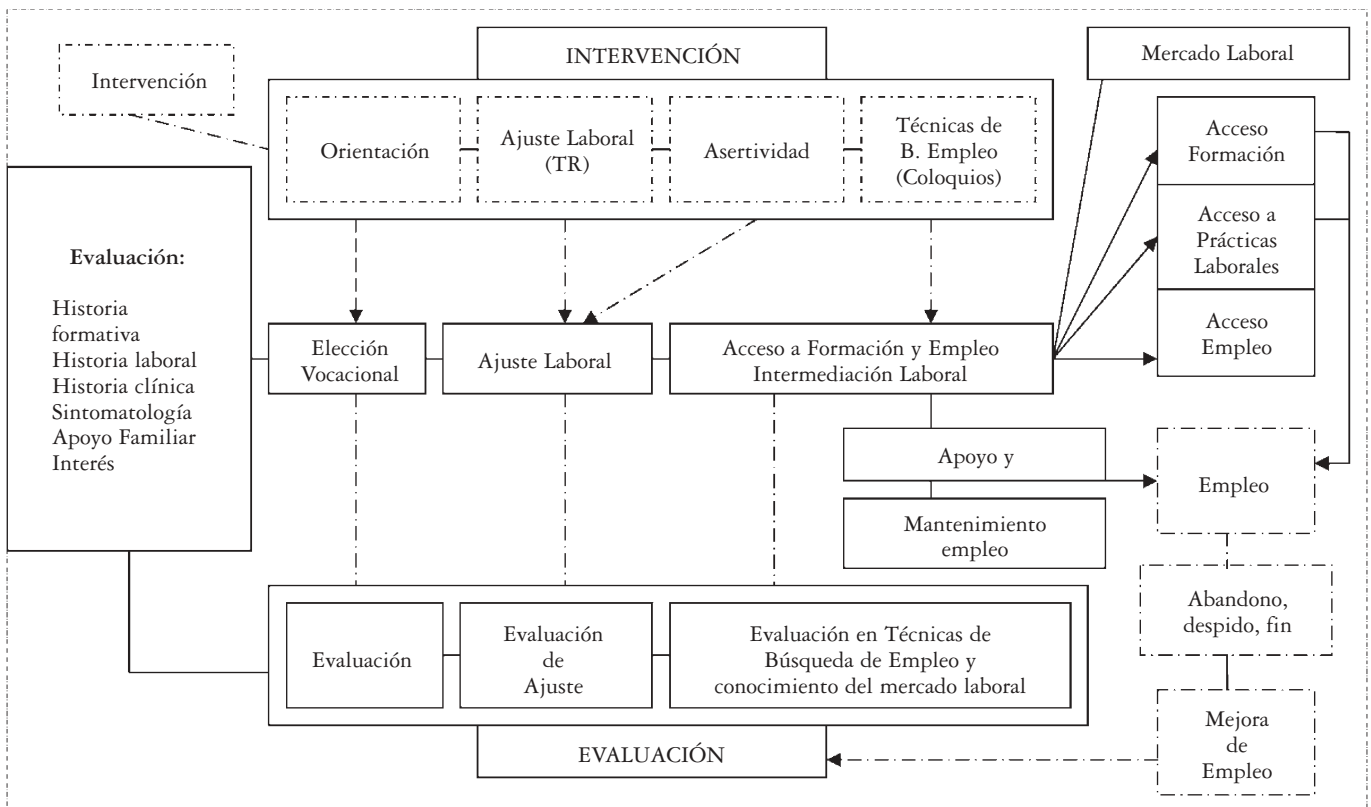
Qué cambiaría o eliminaría del periodo de prácticas:



EVALUACIÓN DE LAS PRÁCTICAS (A cumplimentar por el alumno en Prácticas)

Evaluación Global de la Empresa

	Nada	Algo	Suficiente	Bastante	Mucho
Las funciones y tareas realizadas en el puesto de prácticas están relacionadas con mis conocimientos	1	2	3	4	5
Los materiales, equipos y herramientas han sido adecuados para realizar las tareas	1	2	3	4	5
Las instalaciones y equipos o herramientas tienen condiciones de seguridad adecuadas para realizar las tareas	1	2	3	4	5
Las relaciones con los trabajadores de la empresa han sido buenas y han facilitado la realización de las tareas	1	2	3	4	5
El tutor de la empresa se ha preocupado por el aprendizaje y ha mostrado su apoyo y orientación	1	2	3	4	5
El tutor del CRL ha realizado un seguimiento adecuado de las prácticas	1	2	3	4	5
La realización de las prácticas me ha permitido afianzar mis conocimientos	1	2	3	4	5
La duración de las prácticas ha sido adecuada	1	2	3	4	5
La realización de las prácticas ha sido satisfactoria	1	2	3	4	5
Me ha resultado útil la realización de las prácticas	1	2	3	4	5
NOMBRE DE LA EMPRESA: NOMBRE DEL ALUMNO: PUESTO DE PRÁCTICAS: <b>Rodee con un círculo: siendo 1 la puntuación mínima y 5 la puntuación máxima.</b> FIRMA DEL ALUMNO					



# Capítulo 14. Evaluación en Entornos Residenciales Comunitarios

Marcelino López, Luis Fernández, Margarita Laviana

## Introducción

El alojamiento, junto a distintos procesos relativos a la vida cotidiana que habitualmente se organizan en torno a él, es un área privilegiada de intervención dentro de la atención comunitaria a personas con trastornos mentales graves<sup>1-4</sup>. Y ello tanto por la importancia que este área tiene en la vida de todas las personas, como por las especiales dificultades que en ella encuentran muchas de las que padecen ese tipo de problemas de salud.

Durante mucho tiempo, e incluso hoy en una parte todavía considerable de países y regiones del mundo, el problema del alojamiento de un número importante de estas personas se ha planteado en conexión directa con el de la atención sanitaria de las mismas, ya sea bajo formas de reclusión institucional, ya de tratamiento y rehabilitación. Así, desde visiones basadas en modelos institucionales «totales» se considera resuelto el problema del alojamiento o, como mucho, se plantea para grupos minoritarios y con esquemas de transición (las famosas «estructuras intermedias»). Pero también algunas visiones, formalmente más «modernas» pero todavía bastante «totales», de la rehabilitación incluyen la vivienda como una más del conjunto de estructuras y prácticas que tratan de regular de manera global la vida de dichas personas. Solo más recientemente, aunque es verdad que de manera creciente, el alojamiento va siendo reconocido como un área específica, relacionada pero no confundida con otras áreas de la atención comunitaria intersectorial a dichas personas<sup>2, 3, 5, 6</sup>. Área que, en concreto, mantiene estrechas relaciones con los distintos sentidos en los que, en el contexto tecnológico de la Atención Comunitaria, utilizamos el término *rehabilitación*<sup>1</sup>, lo que justifica su inclusión en un Manual como este.

Si el término «rehabilitación» tiene sentidos y niveles de uso diversos, lo mismo sucede con el de «evaluación», que suele hacer referencia en este contexto al menos a dos aspectos interrelacionados pero diferenciados: el de la identificación y medida de determinadas características de las personas y el de la valoración del propio programa y sus distintos componentes<sup>7, 8</sup>. Por ello y tratando de servir de guía para el trabajo en entornos residenciales, el capítulo, tras dedicar un breve apartado a situar algunos de esos aspectos conceptuales y terminológicos, revisa las principales características de los programas residenciales para personas con trastornos mentales graves, haciendo hincapié en sus implicaciones para ese doble sentido del término «evaluación». Y finalmente, en lo que corresponde al contenido central del texto, se presentan la estrategia y metodología que nos parece más útil para esta actividad, incluyendo información sobre algunas de las escasas experiencias internacionales relevantes, así como de algunos de

los instrumentos disponibles que nos parecen más útiles en nuestro entorno.

Intentando siempre tener en cuenta las posibilidades de desarrollo en el contexto habitual de estos programas en España y a partir de la experiencia, limitada pero esperamos que útil, de nuestro trabajo en Andalucía<sup>10-16</sup>.

## La evaluación en el contexto residencial. Algunas precisiones previas

De acuerdo con lo que acabamos de decir, vamos en primer lugar a repasar brevemente algunos de los aspectos conceptuales y terminológicos implicados en el tema, a fin de evitar confusiones y facilitar el entendimiento del núcleo central de nuestra exposición.

### *Atención residencial y rehabilitación*

La provisión de un alojamiento razonablemente adecuado a las características y necesidades de las personas con trastornos mentales graves que tienen dificultades para asegurárselo por sí mismas, es el objetivo de lo que denominamos habitualmente programas residenciales<sup>2, 5, 9, 17, 18</sup>. Programas que solemos incluir en un apartado más amplio de programas de apoyo social, con determinadas características comunes, entre otras su relación con los distintos sentidos del término *rehabilitación*<sup>1, 2, 19-21</sup>.

De manera general hablamos de programas de apoyo social para referirnos a un conjunto de estructuras e intervenciones, que tratan de facilitar que personas con discapacidades derivadas de padecer trastornos mentales graves puedan desarrollar una vida comunitaria lo más adecuada posible, ayudándoles a cubrir determinadas necesidades básicas que el resto de las personas cubrimos directamente o con el apoyo de nuestro entorno familiar. Se trata de proveer así apoyo, con un fuerte componente de relación social, en aspectos como el alojamiento, el empleo, la ocupación, y en general la vida comunitaria<sup>1, 19, 20</sup>. Provisión que se realiza en coordinación con la atención sanitaria pero no confundiendo con ella y huyendo en lo posible de planteamientos omnicomprendivos y estigmatizantes.

Esos programas y, en concreto los centrados en el alojamiento, mantienen relaciones complejas con el campo de la rehabilitación psicosocial, en todos y cada uno de los sentidos en que cabe utilizar el término. De hecho, si lo empleamos como referencia general, incluyendo una *filosofía* y una *estrategia* global de intervención orientada a la recuperación de las personas con este tipo de problemas<sup>1, 20-22</sup>, la vivienda es, junto al empleo y las relaciones sociales, uno de los polos básicos sobre los que se articulan los

esfuerzos intersectoriales para permitirles una vida ciudadana autónoma y satisfactoria<sup>1, 4</sup>. A su vez, si usamos la palabra rehabilitación para identificar un específico nivel de *ciudadanos*, la vivienda sigue siendo un área clave para la atención comunitaria, prolongando la atención sanitaria y enlazando con la integración social, en tanto que garantía de permanencia activa en el entorno comunitario<sup>1, 2</sup>.

Pero también si hablamos, en un nivel más concreto, de *programas específicos* de rehabilitación<sup>1, 21-24</sup>, hay que incluir el ámbito residencial aunque solo sea por las posibilidades que ofrece para el entrenamiento, «en vivo», en el ejercicio de muchos hábitos necesarios para la recuperación y la vida ciudadana. Y, finalmente, si hacemos referencia a *servicios o dispositivos*, también los programas residenciales deben contar con espacios propios, al menos en una parte de sus componentes, además de relacionarse estrechamente con los espacios específicos de la rehabilitación sanitaria<sup>2, 9, 11</sup>.

### *La evaluación en el marco de programas de intervención sanitaria y social*

Por su parte, hablamos de evaluación como un aspecto esencial de todos los programas de intervención sanitaria y social, especialmente en este marco de atención comunitaria, que enfatiza el carácter tecnológico y ya no artesanal de las intervenciones<sup>1, 7</sup>. Evaluar significa así incorporar metodología científica y procedimientos técnicos acreditados, al menos en relación con los dos aspectos básicos, interrelacionados pero diferenciados, a los que hemos hecho referencia anteriormente.

Sobre la base de un significado común (valorar un aspecto o una situación comparándola con otra que tomamos como referencia o estándar), se puede pretender, en un sentido más general, evaluar el programa o, en un sentido más concreto, algunas características de las personas que lo utilizan<sup>25</sup>. Es decir, por un lado, se trata de valorar en que medida el programa cumple sus funciones, desarrollándose según lo previsto en términos de estructuras y funcionamiento y, a través de ello, en que medida alcanza los resultados para los que se estableció<sup>8, 25</sup>. Y, por otro, para que el programa funcione se necesita hacer valoraciones sobre distintos aspectos de las personas a las que atiende, para determinar, por ejemplo, quien necesita acceder y permanecer en él, cuales son las necesidades concretas que se deben cubrir y en que medida la atención dispensada contribuye a satisfacer de manera correcta esas necesidades<sup>8, 25, 26</sup>.

Aspectos del funcionamiento individual que permiten también dar respuesta a algunas de las preguntas que debemos hacernos para la evaluación del programa y sus distintos componentes e intervenciones.

La importancia de la evaluación es, en ambos sentidos, cada vez más evidente, aquí como en muchos otros campos de la intervención sanitaria y social, especialmente cuando se trata de servicios que, por un lado, atienden a personas concretas y, por otro, consumen recursos públicos, habitualmente escasos y susceptibles, por tanto, de usos alternativos que deben justificarse razonablemente. En general, la atención comunitaria en salud mental necesita una aproximación tecnológica que supere el exceso de artesanado,

rutina y endeble fundamentación científica y técnica de no pocas de sus prácticas profesionales y, en ese sentido, la necesidad de evaluación no deriva ni única ni principalmente del interés de «administradores» y «políticos», responsables ante los ciudadanos a la hora de pedir cuentas de nuestro trabajo, sino que debería ser una exigencia cotidiana del conjunto de los y las profesionales<sup>7, 21, 27</sup>. De hecho, en el nivel «macro», la evaluación de nuestras intervenciones no solo debe incorporar plenamente esa exigencia «externa» sobre el uso de recursos públicos, sino que tenemos que considerarla como un insustituible mecanismo de aprendizaje y autocorrección, que debe formar parte indisoluble de todas y cada unas de nuestras actuaciones<sup>27</sup>.

Y, por otro lado, en el nivel «micro», necesitamos identificar y medir con el mayor rigor posible distintos aspectos individuales sobre los que vamos a trabajar. Y ello, tanto para programar de manera específica nuestras intervenciones, como para comprobar los resultados concretos de las mismas sobre las personas a las que pretendemos apoyar<sup>25, 26</sup>.

Sin embargo, las dificultades reales del tema no deben ser obviadas, ni con carácter general, dada la persistencia de problemas conceptuales, metodológicos e instrumentales diversos, ni, de manera específica en nuestro país, que sigue teniendo un evidente retraso en el desarrollo de este tipo de programas y un todavía escaso énfasis en la aplicación de metodologías de evaluación.

Ante ello, en primer lugar, parece que es preciso un esfuerzo por «desacralizar» el tema<sup>7</sup>. Aunque la evaluación es un campo de desarrollo con aspectos complejos y metodológicamente sofisticados, también tiene dimensiones cotidianas compatibles con la práctica habitual de los profesionales, si se hace un pequeño esfuerzo de sensibilización y aprendizaje metodológico. En realidad, incluso incorporando aspectos de investigación (en definitiva intentar dar respuesta de manera sistemática a preguntas de interés para nuestra práctica), bastantes aspectos de la evaluación de lo que hacemos deben formar parte de nuestras intervenciones y pueden cubrirse con un cierto rigor, pero no necesariamente con procedimientos excesivamente complejos.

En segundo lugar, habría que recordar algunos elementos de metodología general que pueden ser útiles, adaptándolos a nuestro peculiar campo de trabajo. Así, en lo que respecta al programa, parece necesario tener en cuenta algunos aspectos que nos limitamos a enumerar como mero recordatorio y cuya descripción detallada puede obtenerse de cualquiera de los textos o manuales generales disponibles<sup>25, 28-31</sup>.

- a) Los tres «niveles» o «dimensiones» clásicas de la evaluación, referidos por los términos estructura, proceso y resultados. Cada uno de ellos remite a procedimientos distintos, como son el seguimiento o monitorización de las actividades relevantes del programa mediante un sistema de información con indicadores periódicos, la definición de estándares de calidad en una serie de dimensiones o criterios clave para establecer la estructura y funcionamiento deseables en distintos dispositivos e intervenciones, y la evaluación de resultados propiamente dicha. Siendo, sin embargo, este último nivel el que puede permitir dar res-

- puestas razonables al segundo (estableciendo estándares de calidad en función de que dan lugar a resultados útiles) y orientar el desarrollo del primero (identificando actividades e indicadores de funcionamiento relevantes, precisamente por su contribución a obtener dichos resultados).
- b) Los distintos aspectos que cabe incluir también dentro de la evaluación de resultados, según intentemos medir eficacia, efectividad, eficiencia, equidad, satisfacción, etc.
  - c) Los diferentes diseños metodológicos que ofrece la Epidemiología a la hora de evaluar programas y servicios sanitarios y sociales, según se trate de estudios descriptivos u observacionales, analíticos (cohorte, «casos y controles») o experimentales (ensayos controlados), en un orden de validez y fiabilidad creciente en sus resultados, pero también con condiciones de realización cada vez más complejas, no siempre posibles en los contextos reales de funcionamiento de estos programas.
  - d) La aplicabilidad creciente de metodología denominada «cualitativa», que puede permitir aproximaciones razonables a aspectos subjetivos y complejos no siempre fácilmente abordables con metodología cuantitativa, pero que requieren procedimientos igualmente rigurosos si queremos que vayan más allá de la simple opinión personal.

Y finalmente hay que señalar también el desarrollo de instrumentos que permiten medir variables relevantes, entre las que se incluyen tanto algunas referidas a las personas (sociodemográficas, clínicas, habilidades personales, funcionamiento social, satisfacción) como al propio programa (ubicación de los dispositivos, modelos de funcionamiento, mecanismos de coordinación)<sup>25</sup>

Aspectos sobre los que volveremos posteriormente a presentar nuestras propuestas sobre estrategia y metodología, ya en el caso concreto del programa residencial.

## Los programas residenciales para personas con trastornos mentales graves

El segundo aspecto a considerar es el de las principales características de los programas residenciales, tal y como han ido configurándose en distintos países con mayores niveles de desarrollo de la atención comunitaria a personas con este tipo de problemas. Aunque en este campo la regla es la diversidad, hay algunos aspectos que parecen ir conformando un razonable consenso y que deberán por tanto servirnos de referencia. Dado que en otras ocasiones hemos presentado nuestra visión con más detalle<sup>2, 13</sup>, vamos ahora a resumirla como punto de partida para presentar luego nuestras propuestas de evaluación.

Un repaso sistemático de la bibliografía profesional sobre alojamiento de personas con trastorno mental grave confirma el creciente interés por el tema y su consideración como un componente básico de la Atención Comunitaria<sup>2, 3, 5, 13, 17</sup>. Pero permite también constatar que, además de la existencia de problemas terminológicos no resueltos (nombres distintos para un mismo tipo de alojamiento y uso del mismo nombre para hacer referencia

a distintos tipos), hay una importante diversidad de programas, con importantes variaciones en términos de estructura, dotación, mecanismos de gestión y dinámicas de funcionamiento<sup>2, 3, 5, 13, 17, 32-35</sup>. Tampoco son siempre coincidentes las visiones de los diversos agentes implicados (profesionales, familiares y usuarios), coexistiendo a veces perspectivas contrapuestas, oscilantes entre dos polos: el de la rehabilitación y el, aparentemente superado pero todavía presente, de la segregación social<sup>1, 2</sup>.

Sin embargo, a pesar de esa diversidad, hay suficientes elementos para establecer una síntesis, aunque sea provisional, que nos resulte de utilidad. En conjunto, aunque los rigurosos criterios de los revisores de la Colaboración Cochrane<sup>36</sup> siguen reclamando la necesidad de ensayos aleatorios, la información disponible permite calificar algunos programas residenciales como «prácticas emergentes basadas en la evidencia»<sup>37</sup> y, en general, considerar que hay bases razonables para defender su desarrollo.

De hecho la justificación de este tipo de programas (como en general la del conjunto de intervenciones de apoyo social) es doble<sup>1, 21</sup>. Por una parte, porque que hay información empírica razonable sobre su contribución a mejorar, en grados diversos, la estabilidad clínica, el funcionamiento social, las redes sociales y la satisfacción de las personas que los utilizan, además de experiencias consistentes con respecto a la utilidad de un alojamiento para el control de la medicación y la rehabilitación de muchas de esas personas, aunque solo sea mediante el aprendizaje «in vivo» de conductas útiles para la vida en la comunidad<sup>2, 3, 17</sup>. Y, por otra, en la medida en que el alojamiento es en cualquier caso un elemento clave para asegurar la permanencia activa en la comunidad, satisfaciendo una necesidad vital importante, que afecta a sectores minoritarios pero significativos del colectivo de personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves<sup>1, 2, 4</sup>.

## Evolución de los programas residenciales

Los programas han tenido una evolución básicamente similar en la mayoría de los países con sistemas consolidados de atención comunitaria en salud mental, generando cambios progresivos tanto en los modelos de funcionamiento, como en la tipología de dispositivos y en la de las personas que los utilizan<sup>2, 5, 6, 18</sup>.

Así, desde una situación inicial en que el alojamiento era una prolongación de la atención sanitaria, que buscaba (bajo el nombre de «estructuras intermedias», casas «a medio camino», dispositivos de entrenamiento, o similares) espacios alternativos al Hospital Psiquiátrico o lugares para intervenciones terapéuticas y rehabilitadoras, se fue pasando progresivamente a la provisión de alojamientos, considerados como «hogares donde vivir»<sup>38</sup>, con el mayor nivel de normalidad y autonomía posible.

Pero también, desde esa nueva perspectiva, se va pasando desde un modelo de «continuun residencial», que ofrece una gradación de dispositivos con distintos niveles de apoyo y programas itinerarios individuales hacia niveles de mayor autonomía, a otro de «apoyo residencial», que da mucho más peso a las preferencias personales, fomenta la utilización de la vivienda propia y establece mecanismos de apoyo flexibles y adaptados a la diversidad de necesidades de las personas afectadas<sup>2, 6, 9, 12, 18, 39-41</sup>. Modelos que



tienen implicaciones alternativas en relación con aspectos funcionales relevantes.<sup>18, 34</sup>

Y, paralelamente, se produce una evolución en la tipología de residentes, desde una población inicial de personas con largos periodos de institucionalización y situaciones bastante homogéneas en términos de dependencia y «conformismo», a un abanico más amplio que combina personas con diferentes niveles de autonomía y dependencia, diferentes situaciones familiares y más diversas procedencias<sup>2, 6, 9, 12, 18</sup>. Nueva población que presenta también mayores exigencias en términos de calidad, intimidad y capacidad de elección<sup>2, 14, 16</sup>. Y son en gran medida esos cambios en las personas los que están en el origen de la evolución de los modelos de atención.

### Tipología y dotación de dispositivos

La información disponible muestra también grandes variaciones territoriales, tanto en el número como en la tipología de estructuras o dispositivos residenciales, reflejando las dificultades metodológicas que, como luego veremos, afectan a la evaluación de necesidades de atención y complican a su vez las posibilidades de extrapolación de las experiencias internacionales<sup>2, 5, 13, 17, 31, 42, 43</sup>.

Pero también varían considerablemente distintos aspectos de la estructura y funcionamiento de estos programas<sup>2, 4, 5, 39, 44-46</sup>. Así, en lo que respecta a las funciones básicas que asumen, son habituales las de residencia, manutención, relaciones sociales y apoyo interpersonal, pero su combinación y mecanismos de cobertura son variables, como lo es la presencia de funciones de rehabilitación o, la utilización en algunos casos, de algún espacio residencial como alternativa a la hospitalización, de corta o de larga estancia<sup>47-49</sup>. Y, por último, varía la temporalidad de utilización de los dispositivos, con distintas combinaciones de uso temporal y permanente, pero con una tendencia creciente a esta última, especialmente en los modelos de «apoyo residencial»<sup>13, 50</sup>.

En lo que se refiere a la gradación de alternativas residenciales suele ser tanto más compleja cuanto mayor es la envergadura del programa y su tiempo de desarrollo. Lo habitual es que haya, al menos, modalidades de apoyo en el propio domicilio, pequeñas unidades sin personal permanente, y unidades con personal, que enlazan en algunos programas con unidades sanitarias o de carácter mixto. Aunque, según los contextos, sean muy diferentes tanto los nombres como las posibilidades intermedias (que intentan adaptarse a la extrema variabilidad de necesidades del colectivo) con las que cuentan los programas, siendo también habituales los solapamientos entre unos y otros tipos<sup>2, 3, 9, 18, 31</sup>.

Muy relacionada con la tipología se encuentra la dotación de recursos humanos, que presenta igualmente mucha diversidad en relación con el tipo de dispositivo pero también con las pautas locales, encontrándonos con ratios residente/personal que van desde más de 20 hasta menos de uno. Tampoco hay homogeneidad en los niveles de cualificación ni en los mecanismos, generalmente escasos, de formación, aunque hay un interés creciente por la aplicación del concepto «emoción expresada», tanto para entender las interacciones entre usuarios y personal como para orientar la formación de este.<sup>2, 3, 5, 13, 51-56</sup>

Finalmente, también son variables las dependencias administrativas y los mecanismos de financiación y gestión de los programas según sean públicos, privados pero sin fines de lucro o privados en sentido estricto. Varían también los niveles y mecanismos de coordinación con los servicios de salud mental, tendiendo a disminuir los sistemas que mantienen una dependencia sanitaria en sus estructuras residenciales<sup>2, 12</sup>.

### Efectos sobre los residentes

Aunque, como ya hemos señalado, no hay ensayos controlados con distribución aleatoria<sup>36</sup> hay sin embargo una evidencia razonable para caracterizar el efecto de distintos programas residenciales sobre las personas con trastornos mentales graves que los utilizan<sup>2, 3, 5, 12, 14-16</sup>. Así, tanto estudios de gran envergadura (entre los que destaca el realizado en el Reino Unido por el TAPS<sup>33, 38, 57, 58</sup>, liderado por Julian Leff y cuyas principales características se resumen en el Cuadro 1) como otros más limitados y parciales, ponen de manifiesto una imagen bastante consistente en relación con los efectos que un alojamiento razonable tiene a la hora de mejorar incluso la situación clínica, pero especialmente el funcionamiento personal y social, los contactos y redes sociales y, en general todo lo que hace referencia a la «calidad de vida» y el nivel de satisfacción de dichas personas<sup>2, 3, 5, 12, 14-16</sup>. Efectos positivos que guardan relación con factores diversos, entre los que se han estudiado el tamaño de los dispositivos (mejor cuanto más pequeños), o distintos aspectos de funcionamiento interno, como los modelos de atención (entre los polos «custodial» y «rehabilitador» o de «recuperación») o la participación de los residentes en la toma de decisiones<sup>2, 3, 5, 59-69</sup>.

Hay que señalar también el papel de los niveles de actividad, describiéndose incluso algún efecto «paradójico», relacionado con la probable existencia de un grupo de pacientes con afectación importante pero que se benefician de entornos con menos personal y menores niveles de exigencia y actividad. Además de la repercusión, ya mencionada, de los niveles de emoción expresada y de los entornos vecinales, incluyendo los efectos del estigma social<sup>70-74</sup>.

CUADRO 1. Estudio del TAPS<sup>33, 38, 57, 58</sup>

<p>Estudio longitudinal desarrollado por el «Team for the Assessment of Psychiatric Services» desde el año 1985, liderado inicialmente por Julian Leff y continuado por Noam Trieman</p> <p>Su objetivo fué evaluar el proceso de cierre de dos Hospitales Psiquiátricos (Friern y Claybury) en la región de Londres, comparando la situación de las residentes antes y después de la salida</p> <p>Se estudian 770 pacientes de más de un año de estancia, excluyendo aquellos diagnosticados de Demencia, y considerando:</p> <p>Variables individuales de los pacientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diagnóstico y situación clínica</li> <li>Funcionamiento social</li> <li>Habilidades para la vida diaria</li> <li>Redes sociales</li> <li>Actitudes y satisfacción</li> </ul>
---

CUADRO 1. Estudio del TAPS (Continuación)

<p>Y variables de los dispositivos de origen y de acogida Situación dentro de la comunidad y accesibilidad Modelos de funcionamiento Coste</p> <p>Estudiándose además la situación de diversos grupos específicos, entre otros el colectivo de pacientes considerados «difíciles de situar»</p> <p>Dio lugar a un número importante de publicaciones tanto en una serie específica con más de 40 artículos como en otro tipo de publicaciones</p> <p>Y sus principales conclusiones son que el cambio No afecta mucho a la sintomatología positiva Mejora la sintomatología negativa y el funcionamiento social Incrementa las redes sociales Aumenta la satisfacción Permite atender a distintos grupos de pacientes, incluso con graves problemas Y supone un coste medio razonable, si bien la atención en la comunidad de un reducido grupo de pacientes más complejos supone un coste superior</p> <p>En él se desarrollan varios instrumentos útiles para la evaluación de los programas residenciales</p>
--

### Un intento de síntesis operativa

Si resumimos aún más esa información, intentando que pueda servirnos de guía para el diseño de una estrategia de evaluación, a través de una definición de lo que podríamos llamar «estándar de referencia» con el que comparar los datos que se obtengan, tendríamos que poner el acento en los siguientes aspectos:

1. Una fracción de las personas con discapacidades derivadas de padecer trastornos mentales graves necesita en algún momento de su evolución algún tipo de apoyo residencial, aunque no parece existir un procedimiento objetivo, riguroso y consensuado que permita su identificación previa ni a efectos de planificación ni de determinación de prioridades.
2. Aunque los modelos de prestación están en evolución, desde la atención comunitaria se pone el énfasis en aspectos de rehabilitación y recuperación frente los paliativos y custodiales. Y, desde esa orientación, lo razonable parece hoy una combinación de estructuras diversas, con distintos tipos de apoyo presencial, y de sistemas de sostenimiento en el propio domicilio, siendo esta última la opción preferible siempre que sea posible.
3. El programa debe mantener una cierta autonomía en relación con la atención sanitaria, pero necesita una buena coordinación con ella, dentro de una planificación conjunta y una atención personal coordinada.
4. Aunque los dispositivos no son un espacio sanitario, si permiten apoyar el desarrollo de una serie de funciones vitales básicas, además de contribuir al desarrollo de habilidades necesarias para la vida cotidiana («rehabilitación» no especializada)

5. Y, por último, para cumplir sus funciones, el alojamiento debe buscar entornos vecinales normales (donde vive el resto de la población), que permitan el acceso a los servicios y a las oportunidades de relación y participación social. Y los dispositivos específicos deben basarse en funcionamientos participativos, tener un tamaño pequeño y un régimen de actividades adaptado a las necesidades concretas de los residentes en un entorno funcional lo más parecido a un auténtico hogar.

### La evaluación en el contexto residencial. Estrategia general y metodología

En ese contexto y teniendo en cuenta nuestra posición con respecto a la evaluación, consideramos que básicamente debemos integrar distintas aproximaciones en una estrategia general, que pretende obtener de manera sistemática la información relevante para garantizar un correcto funcionamiento del programa, tanto en sus niveles «macro» como «micro». En ese sentido, las preguntas relevantes a las que deberíamos intentar contestar son al menos las siguientes:

1. ¿Quien necesita atención residencial, en términos de población y de personas concretas?
2. ¿Reciben atención todas las personas que lo necesitan y, si no es así, quienes son las que la reciben y las que no?
3. ¿Qué tipo de necesidades concretas presentan las personas que son atendidas?
4. ¿Qué respuestas da el programa a esas distintas necesidades en términos de dispositivos, intervenciones internas y coordinación con otros servicios y programas de atención y a que coste?
5. ¿Qué repercusiones tiene el programa sobre las personas que reciben atención y sobre el conjunto de las personas con trastornos mentales graves?

Cada una de estas preguntas tiene a su vez diferentes dimensiones, cuya exploración requiere por su parte metodologías e instrumentos específicos que no siempre están disponibles en el contexto tecnológico actual ni, cuando lo están, cuentan siempre con una traducción, adaptación y validación en nuestro país. A continuación presentamos nuestra valoración sobre algunos de los que permiten contestar al menos a una parte importante de esas preguntas.

### La determinación de necesidades de atención

Como ya hemos mencionado este es un área solo parcialmente cubierta por la metodología disponible, tanto en sus aspectos poblacionales (determinación de necesidades de plazas de distintos tipos) como individuales (selección de las personas concretas que deben acceder a ellas y establecimiento de un orden de prioridad).

Con respecto al primer aspecto no hay actualmente un procedimiento riguroso que permita calcular cuantas personas de la población general necesitan o van a necesitar algún tipo de atención residencial en razón de padecer algún trastorno mental grave, contestando con ello una

pregunta clave para la planificación<sup>2,3,5,12</sup>. Carencia que se refleja en la ya referida disparidad de tasas de plazas, que se añade a las diferencias de tipología en las prestaciones, entre distintos países, incluso aquellos que tienen un mayor nivel de desarrollo de la atención<sup>2,5,17,23,42,75</sup>, y que se debe a una serie de dificultades a distintos niveles del proceso de estimación de esa necesidad.

Dificultades «macro» que enlazan con los aspectos «micro», ya que una de las más importantes es la carencia de una metodología rigurosa para determinar cuando una persona concreta diagnosticada de trastorno mental grave tiene necesidad de dicha atención, aunque aquí podemos encontrar al menos algunos instrumentos de relativa utilidad.

El problema básico es la ausencia de un modelo explicativo claro y preciso, que identifique las variables relevantes que intervienen en el hecho de que una persona con un trastorno mental grave necesite un espacio específico para vivir<sup>2,3,5,12</sup>. Problema que está actualmente encima de la mesa en nuestro país en relación con la implantación del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia<sup>76</sup>. Hay informaciones parciales que incluyen variables clínicas (gravedad y persistencia de los síntomas, dificultades de seguimiento de la atención sanitaria prescrita), de funcionamiento (funcionamiento social, habilidades básicas para la vida diaria) y de disponibilidad del entorno (apoyo familiar, redes sociales), que no siempre son fáciles de medir ni menos aún de combinar en algún tipo de algoritmo que permita valorar y decidir en consecuencia.

En concreto y con respecto al número de plazas necesarias, hay que mencionar que siguen siendo complicados y costosos, además de discutibles en no pocos aspectos, los

procedimientos de estimación de la prevalencia de personas con trastornos mentales graves y que no disponemos de metodologías consensuadas y precisas para establecer, dentro de ese colectivo, la fracción que necesita atención residencial. De hecho y como ya se ha mencionado, dicha fracción no es fija por depender de múltiples factores, entre ellos la gravedad de la enfermedad y discapacidad que genera en la persona afectada, la capacidad de contención del entorno familiar y comunitario, la estructura, dotación y capacidad de atención de los servicios de salud mental, etc. Factores que varían sustancialmente en territorios concretos y en su evolución temporal. De ahí, en el nivel «macro», la ya mencionada disparidad de cifras internacionales y la necesidad de cálculos locales concretos, contextualizados y flexibles, que solo pueden funcionar como «aproximaciones sucesivas», con importantes «intervalos de confianza»<sup>2,3,5</sup>.

Y también que, en el nivel «micro», la estimación de la necesidad y la decisión de acceso a un programa se toman todavía en función de procedimientos similares a la típica «decisión clínica»<sup>77</sup>, con un componente artesanal importante y su consiguiente variabilidad entre profesionales y servicios. En nuestro país tampoco el procedimiento formal del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia parece capaz de asegurar una validez y fiabilidad indiscutibles, si bien su funcionamiento puede estar resultando menos malo de lo que se preveía, teniendo en cuenta tanto algunos estudios iniciales sobre el Baremo, como su aplicación a poblaciones atendidas en nuestro programa residencial. Aspectos que están siendo analizados por nosotros pero sobre los que no disponemos todavía de información concluyente.

CUADRO 2. Instrumentos utilizados con fines de selección en el acceso

Nombre	Características	Validación y adaptación española
<p>BEES</p> <p>(Basic Everyday Living Skills)</p> <p>Habilidades básicas de la vida diaria</p>	<p>Desarrollado por el TAPS para la evaluación en entornos residenciales</p> <p>Valora el funcionamiento en autocuidados, habilidades domésticas, habilidades comunitarias y relaciones sociales</p> <p>Dos puntuaciones, una relacionada con el desempeño y otra con la oportunidad de ejercerlo</p> <p>La información se obtiene de un miembro del personal</p>	<p>Presentación original de O'Driscoll y osts., 1993<sup>78</sup></p> <p>Versión en castellano y validación de fiabilidad de Jimenez y osts., 2000<sup>78</sup></p>
<p>LSP</p> <p>(Life Skills Profile)</p> <p>Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana</p>	<p>Desarrollado con fines tanto de investigación como de trabajo cotidiano. Se ha utilizado para predecir tipos de atención</p> <p>Valora habilidades necesarias para vivir en la comunidad incluyendo autocuidados, comportamiento social interpersonal y no personal, comunicación y contactos sociales y vida autónoma</p> <p>Hay una versión larga (39 ítems) y otras más reducidas, siendo importante la de 20 ítems que permite también valorar las subescalas</p> <p>La información se obtienen de una persona próxima</p>	<p>Versiones originales de Rosen y osts., 1989<sup>79</sup></p> <p>Rosen y osts., 2001<sup>80</sup></p> <p>Versiones en castellano y validación de Bulbena, Fernandez de Larrinoa y osts., 1992<sup>81,82</sup></p> <p>Burgés y osts., 2007<sup>83</sup></p>
<p>Saint Louis Inventory of Community Living</p>	<p>Elaborado para predecir el nivel de atención residencial necesaria</p> <p>Valora el nivel de funcionamiento en 15 tipos de habilidades necesarias para la vida en la comunidad</p> <p>La información se obtienen de una persona próxima</p>	<p>Versión original en Fitz y osts., 1995<sup>84</sup></p> <p>Traducido (pero todavía no validado) por nosotros</p>

CUADRO 2. Instrumentos utilizados con fines de selección en el acceso (Continuación)

Nombre	Características	Validación y adaptación española
Saint Louis Inventory of Community Living	Elaborado para predecir el nivel de atención residencial necesaria Valora el nivel de funcionamiento en 15 tipos de habilidades necesarias para la vida en la comunidad La información se obtienen de una persona próxima	Versión original en Fitz y ots., 1995 <sup>84</sup> Traducido (pero todavía no validado) por nosotros
Otros instrumentos utilizados (sin traducción ni validación española): Independent Living Skills Survey (ILSS) <sup>85</sup> Resident Assessment Instrument-Mental Health (RAI-MIH) <sup>86</sup> University of California, San Diego, Performance-Based Skills Assessment (UPSA) <sup>87</sup>		
BVD Baremo de valoración de la Dependencia	Cuestionario oficial de medida de la situación de dependencia Valora distintas dimensiones que implican dependencia para actividades de la vida diaria, con algunas especificidades relativas a personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental Información directa de la persona y de alguien próximo	Sin validación oficial (algunos estudios en curso)
Cuestionarios de carga familiar Distintos instrumentos, la mayoría sin traducción ni validación española Hay versión española validada de:  IEQ (Involvement Evaluation Questionnaire) de Schene, que mide carga objetiva y ha sido utilizado en el estudio EPSILON (Wijngaarden y ots., 2000 <sup>88</sup> ; Thornicroft y ots. 2006 <sup>89</sup> )  FBIS-SF (Family Burden Interview Schedule- Short Form) de Tessler <sup>90</sup> , más completa y de fácil aplicación, cuya versión española (FICOS-II) es del grupo PSICOST (Vilaplana y ots., 2007) <sup>91</sup>		

A nivel internacional se describen en la literatura algunos procedimientos basados en el empleo de algunos instrumentos de evaluación de habilidades para la vida cotidiana, con resultados aceptables en términos de su capacidad predictiva sobre la adaptación de la persona a distintos entornos residenciales<sup>3, 5, 81-87, 92-95</sup>, aunque hasta el momento esos resultados no han sido replicados formalmente en nuestro contexto (Ver Cuadro 2). Nosotros hemos utilizado uno de ellos, el LSP<sup>79, 81, 82</sup>, en la ya referida evaluación inicial del funcionamiento del Baremo de Valoración de la Dependencia, cuyos resultados están todavía en fase de análisis.

Hay sin embargo una dimensión que, al menos en la teoría, parece clave para valorar la conveniencia de entrar en un programa residencial, que es la relativa a la «capacidad» y «disponibilidad» del entorno familiar<sup>89-92, 96, 97</sup>. Y sin embargo no es objeto de exploración sistemática ni dispone de instrumentos validados en función del objetivo residencial, más allá de medir la carga familiar en sentido general con instrumentos del tipo de los referidos en el Cuadro.

### *Características de las personas que pueden utilizar y utilizan el programa*

Por lo que acabamos de decir, habitualmente no estamos en condiciones de valorar fácilmente si todas las personas que necesitan atención residencial la reciben. Como una aproximación al tema podemos sin embargo analizar las características de las personas atendidas por los servicios de salud mental en un territorio concreto, recurriendo para ello a la aplicación de algunos de los instrumentos descritos en el apartado anterior y añadiéndole algún cuestionario general de evaluación de necesidades<sup>98</sup> que incorpore el área residencial. Aunque su capacidad predictiva a este respecto no está testada, el Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell (CAN)<sup>99, 100</sup> puede dar una primera información al respecto (Cuadro 3). Otro instrumento alternativo de medición de necesidades, el Needs for Care Assessment MRC-NCA)<sup>98, 101</sup> es más complicado y no explora directamente el área residencial aunque si da información útil para identificar distintos tipos de necesidades que pueden cubrirse en el mismo.



CUADRO 3. Un instrumento de medición de necesidades que incluye el área residencial

Cuestionario	Características	Validación y adaptación española
CAN (Camberwell Assessment of Needs)  Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell	Desarrollado por el equipo del PRISM (Thornicroft)  Evalúa las distintas necesidades que presentan las personas con trastornos mentales graves, en 22 áreas funcionales incluyendo específicamente el alojamiento (además de otras áreas relacionadas con el mismo)  Dos versiones, una para investigación y otra “clínica”	Versión original de Phelan y ots. 1995 <sup>99</sup>  Versión española de Jimenez y ots., 1997 <sup>100</sup>

Se pueden valorar también, con idéntica metodología, las personas en situación de espera para acceder a un recurso residencial, es decir aquellas que han sido objeto de una indicación por parte del personal sanitario. Pero en ambos casos y especialmente en este último, es difícil eliminar lo que podemos denominar «sesgos de selección», ya que es fácil entender que el que una persona esté siendo atendida en un servicio de salud mental y haya sido derivada por éste al programa no asegura de manera indiscutible que dicha persona lo necesite, ni en general ni en mayor medida que otras que no han sido atendidas o derivadas.

Más fácil es valorar en que medida las personas que son atendidas tienen realmente necesidades de atención, determinando la gravedad de sus discapacidades en este área y comparando sus características, por un lado con la de las personas atendidas en servicios generales y por otro con diversos tipos de poblaciones institucionalizadas. Así, por ejemplo, en nuestro caso esa comparación ha permitido constatar que las personas atendidas en nuestro programa eran similares a las que anteriormente estaban recluidas en las instituciones tradicionales<sup>14, 15, 102</sup>, lo que parece garantizar que, al menos, se está atendiendo a personas necesitadas, además de mejorar su situación con respecto a la de generaciones anteriores.

Para ello y tal y como resume el Cuadro 4, es útil ordenar información sobre variables sociodemográficas, clínicas, funcionales y de uso de servicios. Así como la medición de las repercusiones de la situación sobre la familia, utilizando algunos instrumentos ya referidos de carga familiar (Ver Cuadro 2).

CUADRO 4. Variables e Instrumentos para describir características de usuarios y usuarias

<p><i>Variables sociodemográficas</i> Habitualmente: edad, sexo, nivel educativo, tipo de convivencia, ingresos, situación jurídica,...</p> <p>Hay distintos cuestionarios pero lo habitual es elaborar uno específico, a ser posible integrado en un Sistema de Información y con información compatible con la del Censo de Población, a fin de poder elaborar tasas con el referente de la población general</p>
<p><i>Variables clínicas</i> Diagnóstico y Sintomatología</p> <p>Hay distintos instrumentos que permiten obtener un diagnóstico y sistematizar la sintomatología de manera precisa a efectos de investigación (PSE-SCAN, PANSS, etc.)<sup>26, 103</sup>.</p> <p>Por su utilidad en contextos cotidianos hay que mencionar: HONOS (Health of the Nations Outcome Scale) Elaborado en el Reino Unido por Wing, específicamente diseñado para su uso en el contexto cotidiano de los servicios. Evalúa tanto síntomas como algunos aspectos funcionales y suministra una puntuación que sirve en términos comparativos, utilizándose en servicios públicos de distintos países.</p>

CUADRO 4. Variables e Instrumentos para describir características de usuarios y usuarias (Continuación)

<p>Publicación original de Wing y ots., 1994<sup>104</sup> Versión en castellano (sin validación) de Uriarte y ots., 1999<sup>105</sup> BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) Escala clásica de evaluación con varias versiones (10, 18 y 14 ítems) , aplicable preferentemente a personas con Esquizofrenia y muy utilizada en distintos estudios Publicación original de Overal y ots., 1962<sup>106</sup> Validación de la versión española incluida en la de la escala PANS en Peralta y ots., 1994<sup>107</sup></p> <p>Uso de servicios Se trata de describir la utilización de recursos sanitarios y sociales, especialmente Episodios de hospitalización (n.º y duración) Intervenciones específicas (fármacos, psicoterapia, programas de rehabilitación, ...) Habitualmente mediante cuestionarios elaborados específicamente</p>
<p><i>Habilidades para la vida cotidiana</i> (Ver Cuadro 2)</p>
<p><i>Funcionamiento social</i> SBS (Social Behaviour Schedule) Escala de Conducta Social También utilizada en el estudio del TAPS, permite evaluar distintas alteraciones de conducta que pueden generar dificultades de manejo en el contexto familiar o residencial, basándose en información del personal o persona próxima. Se obtienen perfiles generales y puntuaciones específicas para dos niveles de gravedad. Publicación original de Sturt y ots., 1986<sup>108</sup> Traducción y validación española de Vazquez y ots., 1994<sup>109</sup> SFS (Social Functioning Scale) Escala de Funcionamiento Social Desarrollada en el marco de programas de psicoeducación familiar pero útil para describir distintos aspectos del funcionamiento social (integración social, conducta interpersonal,, autonomía en ejecución y en competencia, actividad prosocial y empleo) Publicación original de Birchwood y ots., 1990<sup>110</sup> Traducción y validación española de Vazquez y ots., 2000<sup>111</sup></p>
<p><i>Redes Sociales</i> SNS (Social Network Schedule) Utilizado también en el estudio del TAPS para medir la cantidad y calidad de contactos sociales de las personas, permitiendo obtener puntuaciones numéricas que pueden compararse. Publicación original de Leff y ots., 1990<sup>112</sup> Hay alguna traducción española, pero no publicada formalmente ni validada QSRS (Questionario Sulla Rete Sociale) Cuestionario de Redes Sociales (CURES) Desarrollado para aplicar a familiares pero utilizable en este contexto Publicación original de Magliano y ots., 1998<sup>113</sup> Traducido y validado por nosotros, en García Cubillana y ots., 2004<sup>114</sup></p>

## Características de los dispositivos residenciales

Otro aspecto importante es el de los dispositivos o estructuras de atención habitualmente existentes en un programa residencial concreto. Su evaluación parte de la descripción general, prolongándose habitualmente en algún conjunto de indicadores de estructura y procesos de funcionamiento del tipo de los recogidos en el Cuadro 5. Dada la variabilidad ya indicada de las estructuras de los programas en distintos contextos territoriales es prácticamente imposible disponer de instrumentos estandarizados, por lo que tendrán que elaborarse de manera específica en cada caso, aunque algunos aspectos puedan ser comunes<sup>11</sup>.

CUADRO 5. Indicadores habituales de estructura y funcionamiento

Distribución por tipos de dispositivo o programa (n.º, plazas...)
Estándares de calidad de estructura (superficie por residente, habitaciones individuales, dobles, etc...)
Estándares de calidad en funcionamiento (atención individual...)
Indicadores de funcionamiento y coordinación (entradas y salidas, rotación, tiempo de estancia...)
Costes (totales, parciales y por persona atendida)

Pero además de esta descripción inicial y la monitorización del desarrollo del programa, hay un instrumento que consideramos especialmente útil para obtener información relevante sobre dos aspectos claves del funcionamiento de los dispositivos. Se trata del Índice Ambiental<sup>115, 116</sup>, desa-

rollado por el ya mencionado estudio del TAPS<sup>58, 117</sup> y algunas de cuyas características se resumen en el Cuadro 6.

Como puede verse en el Cuadro, el instrumento tiene dos partes, la primera de ellas orientada a evaluar la localización del dispositivo en relación con determinados servicios básicos, intentando medir en que medida se integra en un entorno residencial o se localiza de manera aislada, al estilo de las instituciones tradicionales. Y la segunda, a través de un denominado «Índice de restrictividad», intenta valorar el funcionamiento del dispositivo situándolo en una escala que va desde el ambiente característico de un hogar individual o familiar pequeño al de una institución cerrada. A nosotros nos ha resultado útil tanto para caracterizar algunos aspectos funcionales de nuestras estructuras residenciales<sup>11, 13</sup>, como para orientar desde dicha información la formación del personal.

Otro área de interés aunque no fácil de explorar es la del personal, variable clave en programas sanitarios y sociales, aunque difícil de estudiar de manera sistemática y fiable. Hay que incluir aquí las descripciones tradicionales de «ratios» (personal por persona atendida o viceversa), la estructura funcional y jerárquica así como los perfiles profesionales y curriculares de las personas que trabajan en el programa<sup>13, 118-120</sup>. Pero sería útil poder considerar también el ya mencionado concepto de «emoción expresada»<sup>121-124</sup>, que intenta medir pautas de interacción emocional y que, al igual que en el caso de la familia, parece tener alguna relación con el efecto del programa y con la evolución de las personas atendidas<sup>2, 3 5, 13, 51-56, 123</sup>. Pero su medición es compleja si se quiere que sea válida y fiable, ya que el instrumento estándar, la entrevista de Camberwell<sup>125</sup> es complicado y costoso, y aunque hay instrumentos alternativos más fáciles de aplicar<sup>126, 127</sup>, no han sido utilizados en este campo y parecen plantear algunas dudas sobre la precisión de sus mediciones<sup>128</sup> (Cuadro 7).

CUADRO 6. Índice Ambiental

Instrumento	Características	Traducción y validación española
EI (Environmental Index) IA (Índice ambiental)	Desarrollado por el TAPS sobre la base de un instrumento previo de Wing Trata de medir dos aspectos básicos de dispositivos residenciales (ver cuadros inferiores) y hospitalarios Obtienen la información de la persona responsable del dispositivo	Versión original en O'Driscoll y ota, 1993 <sup>115</sup> Versión española en Jordá y ota, 1990 <sup>116</sup>
<i>Accesibilidad a servicios comunitarios</i> Preguntas sobre distancias a pié y en transporte público a servicios básicos: Instalaciones comerciales Cines Cafeterías Jardines Otros servicios públicos Valorable de 0 a 28	<i>Ambiente y normas de funcionamiento</i> Preguntas sobre normas de funcionamiento interno que suponen restricciones en: Actividades Pertenencias Comidas Salud e Higiene Habitaciones Servicios Valorable según un Índice de Restrictividad que puede ir de 0 (entorno sin restricciones) a 35 (entorno muy restrictivo)	

CUADRO 7. Exploración de los niveles de emoción expresada

Instrumento	Características	Traducción y adaptación española
CFI (Camberwell Family Interview) Entrevista familiar de Camberwell	Desarrollada a partir de trabajos de Brown y Wing y utilizada para medir el constructo Emoción expresada de Leff y Vaughn. Es válida y fiable, pero implica la grabación en video y una interpretación sistemática complicada, lo que la hace difícilmente compatible con el contexto cotidiano	Versión original de Brown y ots., 1966 <sup>129</sup> Vaughn y ots., 1976 <sup>125</sup>  Hay versión española aunque sin una publicación específica
Five Minutes Speech Muestra de habla de 5 minutos	Más simple pero con algunas dudas sobre su validez, por lo que suele utilizarse menos, a pesar de ser más compatible con el trabajo cotidiano	Versión original de Magaña y ots., 1986 <sup>126</sup>  Hay versión española aunque sin una publicación específica <sup>130</sup>

También en relación con el personal está el estudio de los niveles de sobrecarga de las personas que trabajan en el programa, utilizando para ello distintos instrumentos de evaluación de los denominados «riesgos psicosociales»<sup>131, 132</sup>. En el caso de las personas que trabajan en estructuras residenciales para personas con TMG se entremezclan factores generales con los derivados de la atención a personas con este tipo de problemas. Aunque no hay una metodología consensuada, nosotros hemos utilizado una batería de instrumentos incluyendo el «Cuestionario de Salud General» (GHQ) de Goldberg<sup>133</sup> y dos instrumentos específicos: uno de carga subjetiva en general, basado en el modelo clásico de «carga control» derivado del «Job Content Questionnaire» (JCQ)<sup>132, 134</sup> y otro centrado en la sobrecarga derivada del trabajo con personas con enfermedades mentales (MHPSS)<sup>135</sup>. Estudio del que estamos a punto de disponer de una primera presentación de resultados, que pretendemos utilizar para mejorar la organización del trabajo y la formación del personal, aspectos que es razonable suponer guardan relación con la atención que se dispensa en el programa, si bien esta suposición carece por el momento de información empírica concreta que la respalde.

Finalmente hay que hacer mención a los estudios de costes<sup>136, 137</sup>, difíciles de sistematizar de manera uniforme dadas las tantas veces mencionadas diferencias de estructura, dotación y funcionamiento de este tipo de programas. Hay que señalar evidentemente que el estudio debe tener en cuenta las características específicas de cada programa y dispositivo a la hora de calcular los costes directos y tomar en consideración datos sobre estándares de calidad en estructura y funcionamiento «interno» (plazas en cada dispositivo, «calidad hotelera», número y cualificación del personal adscrito, etc.) y «externo» (prestaciones sanitarias y sociales generales) a efectos comparativos con otros programas o alternativas de atención. Y añadir a la mera descripción o análisis de costes los datos referidos

a los resultados obtenidos, para dar lugar a los correspondientes indicadores de eficiencia (coste efectividad, coste utilidad y coste beneficio<sup>138</sup>).

### Necesidades a atender

En relación con las características concretas de las personas que pretende atender el programa tiene interés la evaluación específica de aquellas áreas de necesidad que pueden ser cubiertas, ya sea de manera interna, ya requiriendo la colaboración de otras áreas de atención, especialmente los servicios sanitarios generales y especializados en salud mental.

A este respecto en nuestro caso utilizamos, para la elaboración de un Plan Individual de Atención Residencial<sup>11</sup>, un instrumento ya mencionado (BELS)<sup>15, 58, 78</sup>, derivado también del estudio del TAPS. Para ello hemos mantenido la estructura del instrumento inicial, añadiéndole algunos ítems y eliminando otros, para explorar distintas áreas de necesidad y establecer las tareas y prioridades de atención (Cuadro 8).

El instrumento se rellena al inicio y se revisa al menos anualmente e incluye una puntuación numérica consensuada, permitiendo así obtener una información más útil para la programación, desarrollo y evaluación de la atención que la que podemos obtener con los instrumentos anteriormente referidos de evaluación de necesidades (Ver Cuadro 3).

Aunque su implantación es todavía irregular, en términos de la calidad de la información recogida, el instrumento está resultando muy útil para la organización de la atención dentro del programa y su encaje en la programación general de la atención, regulada en Andalucía por un protocolo común a servicios sanitarios y de apoyo social (Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave<sup>139</sup>).

CUADRO 8. Plan Individualizado de Atención Residencial (FAISEM)<sup>11</sup>

Áreas	Tipos de necesidades	Actividades
Situación de salud	Estado somático general Sintomatología psicopatológica Problemas de conducta Consumo de tóxicos Riesgo de suicidio	Detectar problemas y buscar atención sanitaria  Cooperar en la atención
Habilidades personales básicas	Autocuidados Habilidades domésticas Habilidades comunitarias Actividad y relaciones sociales	Evaluar coordinadamente con Salud Mental  Desarrollar programas de intervención coordinados, de bajo nivel de especialización
Otras áreas	Situación económica Relaciones sociales Sexualidad Educación Ocupación, actividad y empleo	Detectar problemas y buscar atención intersectorial (Salud, Servicios Sociales, Educación, Empleo, Otros programas de FAISEM)  Cooperar en la atención

## Resultados

El aspecto fundamental de la evaluación es sin embargo el de los resultados, es decir la valoración de en que medida lo que hacemos en el programa contribuye a cumplir los objetivos establecidos y, especialmente, en lo que se refiere a sus efectos sobre la situación concreta de las personas atendidas.

A este respecto hay, sin embargo, varios aspectos que contemplar. En primer lugar, hay que diferenciar los resultados generales del programa en relación con los objetivos establecidos en el mismo (personas atendidas, calidad de las estructuras e intervenciones, coste) y los resultados concretos alcanzados en relación con sus usuarios y usuarias así como con sus familias<sup>25</sup>. Digamos que en el primer caso estamos valorando resultados relativos a variables «internas» o «intermedias», cuya justificación está vinculada a las auténticas variables «finales» o de resultados en sentido estricto, que son lógicamente las relacionadas con las personas concretas objeto de atención<sup>140, 141</sup>. Pero también tendría sentido intentar medir los efectos del programa sobre el conjunto de la atención a las personas con trastorno mental grave, evaluando sus repercusiones sobre la aceptación social del colectivo (actitudes sociales y estigma<sup>70</sup>), si bien este último objetivo exigiría diseños metodológicos bastante más complejos.

En el caso de las personas atendidas, hay que considerar los efectos sobre los aspectos referidos anteriormente, a la hora de evaluar su situación y sus necesidades de atención en el momento de la entrada en el programa. Así, hay que medir de nuevo y comparar con el momento inicial parámetros clínicos, uso de servicios, habilidades sociales, funcionamiento social, redes sociales y satisfacción, tanto con el programa como, en sentido más general, con su situación global a través del concepto «calidad de vida»<sup>142-144</sup>. Aspectos que cuentan con algunos instrumentos útiles, unos ya mencionados (Cuadros 2 y 5) y otros resumidos en el Cuadro 9.

La evaluación se obtiene así comparando los valores iniciales y finales, siempre que se cumplan determinados requisitos metodológicos que determinan el grado de validez y

fiabilidad de la estimación del efecto causal<sup>28, 145, 146</sup>. Requisitos que tienen que ver, además de con las características de los instrumentos y la rigurosidad de su aplicación, con los distintos diseños de estudio empleados y sus estrategias para controlar potenciales factores de confusión: grupo control, aleatorización, etc<sup>28, 146</sup>. Y como siempre caben aquí distintos tipos de análisis según se pretenda obtener datos sobre eficacia (resultados en contextos «de laboratorio»), efectividad (resultados en contextos «reales» o cotidianos) y eficiencia (relacionando los resultados con los costes)<sup>28, 138</sup>.

CUADRO 9. Instrumentos de evaluación del efecto del programa

Instrumentos ya referidos en relación con <i>variables de situación y necesidades</i> (Cuadros 2 y 5)
Instrumentos para medir <i>grado de satisfacción</i>
<p>Cuestionarios generales de satisfacción con servicios de salud mental, por ejemplo: VSSS (Verona Services Satisfaction Scale)<sup>147</sup> Escala de Satisfacción con los Servicios Elaborada por el grupo de Tansella y con traducción castellana del grupo de Vázquez Barquero<sup>148</sup></p> <p>PAQ (Patient Attitude Questionnaire) CAU (Cuestionario de Actitudes del Usuario) Diseñado por el TAPS para valorar las opiniones de los usuarios y usuarias sobre distintos aspectos de los dispositivos residenciales y compararlos con los espacios de residencia previa (en su caso un Hospital Psiquiátrico pero adaptable a otras situaciones institucionales o familiares) Versión original en Thornicroft y ots., 1993<sup>149</sup> Traducción y validación española de nuestro equipo: García Cubillana y ots., 2006<sup>150</sup></p>
Instrumentos para medir <i>calidad de vida</i>
<p>Muchos instrumentos<sup>142, 151</sup> incluyendo como especialmente útil</p> <p>LQoLP (Lancashire Quality of Life Profile) Versión original de Oliver y ots., 1996<sup>152</sup> Versión española de Vázquez Barquero y ots.<sup>153, 154</sup></p>



## Una visión de conjunto y algunas conclusiones operativas

Para finalizar, vamos a intentar articular todo esto en un plan razonable de evaluación que pueda servirnos de ayuda para una tarea necesaria, como es la de hacer una valoración periódica de lo que hacemos, incluyendo la comparación sistemática entre los distintos modelos y programas concretos que estamos desarrollando en distintos territorios del Estado.

Como intenta resumir el Cuadro 10, podemos contemplar al menos 5 niveles distintos a la hora de plantearnos la evaluación en un contexto residencial, niveles que integran distintos tipos de información, obtenible con algunos de los instrumentos anteriormente mencionados. Los cuatro primeros hacen referencia a distintos aspectos de evaluación del programa y el quinto a evaluaciones individuales, que pueden servir tanto para dicha valoración global como para seleccionar personas, identificar necesidades y valorar los resultados a nivel individual.

CUADRO 10. Un inventario razonable para la evaluación en contextos residenciales

Tipo	Diseño	Variables	Instrumentos
Monitorización del programa	Sistema de información	Estructura (tipología, dotación, personal, costes directos) Funcionamiento (entradas, salidas, transiciones, características básicas de las personas atendidas) Resultados (uso de servicios, satisfacción)	Cuadros 4, 5 y 9
Plan de Calidad	Sistema de información Encuestas periódicas	Comparación con estándares de Estructura (variables “hoteleras”, personal) Proceso (funcionamiento interno y coordinación) Resultados (evolución personal, satisfacción)	Cuadros 4,5,6 y 9
Evaluación sistemática	Estudio(s) específico(s) Necesidades Atención recibida Repercusiones	Necesidades atendidas y no atendidas Cumplimiento de objetivos marcados Resultados personales Costes	Cuadros 2,3,4,5,6,7,8 y 9
Estudios puntuales y complementarios	Estudio(s) específico(s) muy variables  Parciales  Complementarios	(variables según el estudio)	
Evaluación individual	Previa al programa Entrada Revisión periódica Salida	Clínicas Utilización de servicios Funcionamiento personal y habilidades personales Redes sociales Satisfacción y Calidad de vida Entorno familiar	Cuadros 2,3,4,8 y 9

El primero y más básico es el que organiza algún tipo de descripción rutinaria del programa o de alguno de sus estructuras o componentes, de manera puntual o periódica mediante un clásico *Sistema de Información*. Aunque los aspectos contemplados van a ser lógicamente variables en función de muchos factores contextuales difíciles de sistematizar a priori, parece razonable que incluya información sobre la estructura del programa, indicadores de funcionamiento y, a ser posible, algunos indicadores de resultado en términos de repercusión sobre la situación de las personas atendidas.

Un paso más es el de las evaluaciones periódicas de la evolución de distintos estándares definidos en *Planes de Calidad*. Con distintos modelos de referencia y metodologías más o menos participativas<sup>11</sup>, se trata de instrumentos de utilidad creciente para sistematizar y mejorar de manera continuada un número importante de parámetros de referencia, habitualmente centrados también en aspectos de estructura, funcionamiento y, en menor medida, de resultados. A este respecto hay que mencionar, además de que la información proveniente de estudios de resultados debe tenerse en cuenta para definir los estándares de calidad, la conveniencia de al menos incluir la evaluación de los niveles de satisfacción, tanto de quienes utilizan el programa como de quienes lo aplican.

El siguiente paso, en este ranking de complejidad creciente, es el de las *evaluaciones sistemáticas* de los programas, partiendo de los niveles anteriores pero centrándose fundamentalmente en los resultados globales del mismo. Para ello debe intentar responder al mayor número posible de las preguntas de carácter general mencionadas anteriormente, incluyendo la valoración de las personas atendidas en relación con las que podrían necesitarlo, aspecto hoy por hoy cuando menos difícil como ya hemos señalado pero al que no deberíamos renunciar a enfrentarnos. Por supuesto debe incluir al menos la valoración de los resultados obtenidos en relación con las variables intermedias de estructura y funcionamiento fijadas en los programas, pero especialmente con las referidas a variables finales, es decir al impacto o repercusión de lo que se ha hecho sobre la situación de las personas atendidas. Y aquí entran los también clásicos parámetros de efectividad y eficiencia como dimensiones de mayor utilidad.

Pero, además de las aproximaciones sistemáticas, cabe desarrollar lógicamente *estudios puntuales* de distintos aspectos, unidades o componentes del programa, con distintos niveles de complejidad y utilidad. Este es también el marco para estudios experimentales evaluadores de intervenciones concretas, para la valoración específica de aspectos de detalle de los programas y también para el desarrollo de metodologías cualitativas, que ayuden a explorar aspectos más complejos y a establecer mejor la estrategia y metodología de futuros estudios.

Para gran parte de los estudios anteriores es necesario contar con *evaluaciones individuales* de distinto número y diferentes aspectos de las personas atendidas. Información que está igualmente en la base de la programación y desarrollo de intervenciones en el programa, identificando las necesidades de las personas y los efectos de lo que hacemos.

Aspectos múltiples que deberíamos ir cubriendo de manera progresivamente sistemática para poder comparar las diversas aproximaciones existentes y mejorar colectivamente nuestro trabajo. Aspectos que no siempre tienen res-

puesta hoy por hoy pero algunos de los cuales son perfectamente abordables como base de mejora y punto de partida de posteriores esfuerzos. Y aspectos para los que esperamos sean útiles las consideraciones anteriores y la información sobre metodología e instrumentos que hemos seleccionado.

## Bibliografía

1. López M, Laviana M. Rehabilitación, Apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Algunas propuestas desde Andalucía. Revista de la AEN, 2007, 27, 99:187-223.
2. López M, Lara L, Laviana M, Fernández, L, García-Cubillana P, López A. Los programas residenciales para personas con trastorno mental severo. Revisión y propuestas. Archivos de Psiquiatría, 2004, 67, 2:101-128.
3. Macpherson R, Shepherd G, Edwards T. Supported accommodation for people with severe mental illness: a review. Advances in Psychiatric Treatment, 2004, 10:180-188.
4. Saraceno B. La fine dell'Intrattenimento. Milano: Etas Libria, 1995.
5. Shepherd G, Murray A. Residential care. En: Thornicroft G, Szukler G Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press, 2001,:309-320
6. Carling PJ. Supports and rehabilitation for housing and community living. En: Flexer RW, Solomon PL. Psychiatric Rehabilitation in practice. Boston: Andover Medical Publisher, 1993: 99-118.
7. López M, Laviana M, Alavrez F, Gonzalez S, Vera MP. Actividad productiva y empleo de personas con trastorno mental severo. Algunas propuestas de actuación basadas en la información disponible. Revista de la AEN, 2004, 89:31-65.
8. Burti L, Yastrebov V. Procedures used in rehabilitation. En Sartorius N, De Girolamo G, Andrews G, German GA, Eisemberg L. Treatment of mental disorders. A review of effectiveness. WHO / American Psychiatric Press, Washington, 1993: 289-336
9. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental.. Criterios para el desarrollo del programa residencial. Documentos de Trabajo, n.º 1 (2.ª edición). Sevilla, FAISEM, 2005
10. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Memoria de actividades 2007. (En prensa)
11. Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. Plan de calidad 2006-2010. Sevilla, FAISEM, 2006.
12. López M, Laviana M, García-Cubillana P, Fernández L, Moreno B, Maestro JC. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (I): Descripción general del programa y del estudio. Rehabilitación Psicosocial, 2005, 2, 1:2-15.
13. López M, García-Cubillana P, Fernández L, Laviana M, Maestro JC, Moreno B. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (II): Características de los dispositivos residenciales. Rehabilitación Psicosocial, 2005, 2, 1: 16-27.
14. López M, Fernández L, García-Cubillana P, Jimeno V, Moreno B, Laviana M. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (III): Características sociodemográficas, clínicas y de uso de servicios por los residentes. Rehabilitación Psicosocial, 2005, 2, 1: 28-39.
15. López M, García-Cubillana P, Fernández L, Laviana M, Maestro JC, Moreno B. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (IV): Perfiles funcionales y redes sociales de los residentes. Rehabilitación Psicosocial, 2005, 2, 2: 44-55.
16. López M, García-Cubillana P, López A, Fernández L, Laviana M, Moreno B. Evaluación del programa residencial para personas con trastorno mental severo en Andalucía (IV): Actitudes y grado de satisfacción de los residentes. Rehabilitación Psicosocial, 2005, 2, 2: 56-63.
17. De Girolamo G, Bassi M. Residential facilities as the new scenario of long-term psychiatric care. Current Opinion in Psychiatry, 2004, 17:275-231.

18. Lara L, López M. Guía operativa 8: Programa residencial. En Caldas de Almeida JM, Torres F. Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2005: 83-90.
19. Caldas de Almeida JM, Torres F. Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 2005.
20. López M, Lara L y Laviana M. La formación básica en rehabilitación y apoyo social para la atención comunitaria en salud mental. En Espino A y Olabarría B. La formación de los profesionales de la Salud mental en España. Madrid, AEN, 2003: 269-301.
21. López M, Laviana M. Programas intersectoriales de apoyo social. En Cangas A, Gil J, Peralta V. Esquizofrenia. Nuevas perspectivas en la investigación. PSICOM Editores, 2006, Capítulo 16.
22. Saraceno B. Psychosocial Rehabilitation as a Public Health Strategy. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1997, 20, 4, 10-15.
23. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Madrid, AEN, 2002, Cuadernos Técnicos, n.º 6.
24. Gisbert C (Ed). El que hacer en rehabilitación psicosocial. Tratamiento integral de las personas con trastorno mental grave. Madrid, AEN, 2003.
25. Knudsen HC, Thornicroft G (Ed). *Mental Health Service Evaluation*. New York, Cambridge University Press, 1996.
26. Fernández J, González J, Mayoral F, Touriño R. Evaluación funcional en rehabilitación psicosocial. Métodos e instrumentos. En Gisbert C (Ed). El que hacer en rehabilitación psicosocial. Tratamiento integral de las personas con trastorno mental grave. Madrid, AEN, 2003:57-106.
27. Cochrane AL. Eficacia y eficiencia. Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios. Barcelona, Salvat, 1985
28. Argimon JM, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica (2.ª Ed.). Barcelona, Harcourt, 2000.
29. Philips C, Palfrey C, Thomas P. *Evaluating Health and Social Care*. London, MacMillan, 1994
30. Aparicio V (Ed.). *Evaluación de Servicios de Salud Mental*. Madrid, AEN, 1993.
31. Fakhoury WK, Murray A, Shepherd G, Priebe S. Research in supported housing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2002, 37: 301-315.
32. Faulkner A, Field V, Lindesay J. Residential care provision in mental health: the current picture and future uncertainties. *Journal of Mental Health*, 1993, 2: 57-64.
33. Leff J (Ed). *Care in the Community: Illusion or Reality?* London: Wiley & Sons, 1997.
34. Lehman AF, Newman SJ. Housing. En: Breakey WR (Ed). *Integrated Mental Health Services. Modern Community Psychiatry*. New York: Oxford University Press, 1996: 300-309.
35. Ogilvie R J. The state of supported housing for Mental Health consumers: a literature review. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1997, 21 (2): 1222-131.
36. Clivers R, Macdonald GM, Hayes AA. Residencias de apoyo para las personas con trastornos mentales graves (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, 2008, 1. Oxford: Update Software. ([www.update-software.com](http://www.update-software.com)).
37. Bond GR, Salyers MP, Rollins AL, Rapp CA, Zippel AM. How evidence-based practices contribute to Community Integration. *Community Mental Health Journal*, 2004, 40, 6:569-586.
38. Bigelow D. Supportive homes for live versus treatment way-stations: an introduction to TAPS project 41. *Community Mental Health Journal*, 1998, 34,4:403-405
39. Geller JL, Fisher WH. The linear continuum of transitional residences: debunking the myth. *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150, 7: 1070-1076.
40. Pyke J, Lowe J. Supporting people, not structures: changes in the provision of housing support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1996, 19, 3: 5-12.
41. Ridgeway P, Zippel AM. The paradigm shift in residential services: from linear continuum to supported housing approach. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1990, 13:11-31.
42. Becker T, Hülsmann S, Knudsen C, Nartiny K, Amaddeo F, Herran A et al. Provision of services for people with schizophrenia in five European regions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2002, 37: 465-474.
43. Lelliott P, Audini B, Knapp M, Chisholm D. The mental health residential care study: classification of facilities and description of residents. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169: 139-147.
44. Trieman N. Residential care for the mentally ill in the community. En Leff J (Ed). *Care in the Community: Illusion or Reality?* London: Wiley & Sons, 1997: 51-67.
45. Mowbray CT, Greenfield A, Freddolino AP. An analysis of treatment services provided in Group Homes for adults labelled mentally ill. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1992, 180, 9:551-559.
46. McCarty J, Nelson G. An evaluation of supportive housing for current and former psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 1991, 42, 12: 1254-1256.
47. Shepherd G. The «Ward-in-a-house»: residential care for the severely disabled. *Community Mental Health Journal*, 1996, 31, 1, 53-69.
48. Fenton W, Mosher L, Herrell JM, Blyler CR. A randomised trial of general hospital versus residential alternative care for patients with severe and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155: 516-522.
49. Goodwin R, Lyons JJ. An emerging housing program as an alternative to inpatient treatment for persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 2001, 2, 1: 92-95.
50. Trieman N, Smith HE, Kendal R, Leff J. The TAPS Project 41: Homes for life? Residential stability five years after Hospital discharge. *Community Mental Health Journal*, 1998, 34, 4:407-417.
51. Senn V, Kendal R, Trieman N. The TAPS PROJECT 38: level of training and its availability to carers within group homes in a London district. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1997, 32: 317-322.
52. Snyder KS, Wallace CJ, Moe K, Liberman RP. Expressed emotion by residential care operators and residents' symptoms and quality of life. *Hospital and Community Psychiatry*, 1994, 45: 1141-1143.
53. Van Humbeeck G, Van Auddenhove Ch, Pieters G, De Hert M, Storms G, Vertommen H et al. Expressed emotion in staff-patient relationships: the professionals and residents perspectives. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2001, 36: 486-492.
54. Willets LE, Leff J. Expressed emotion and schizophrenia: the efficacy of a staff training programme. *Journal of Advanced Nursing*, 1997, 26: 1125-1133.
55. Ranz JM, Horen BT, McFarlane B, Zito JM. Creating a supportive environment using staff Psychoeducation in a supervised residence. *Hospital and Community Psychiatry*, 1991, 42, 11, 1154-1159.
56. Raskin A, Mghir R, Peszke M, York D. A psychoeducational program for caregivers of the chronic mentally residing in Community residences. *Community Mental Health Journal*, 1998, 34, 4:393-402.
57. Leff J, Trieman N, Knapp M, Hallam A. The TAPS project. A report on 13 years of research, 1985-1998. *Psychiatric Bulletin*, 2000, 24: 165-168.
58. O'Driscoll C, Leff J. The TAPS project. 8: Design of the research study on the long-stay patients. *British Journal of Psychiatry*, 1993, 162 (Supp. 19):18-24.
59. Dickerson FB, Ringel N, Parente F. Predictors of residential independence among outpatients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 1999, 50, 4: 515-519.
60. Downs MW, Fox JC. Social environments of adult homes. *Community Mental Health Journal*, 1993, 29, 1:15-23.
61. Goering P, Sylph J, Foster R, Boyles S, Babiak T. Supportive housing: a consumer evaluation study. *The International Journal of Social psychiatry*, 1992, 38, 2:107-119.
62. Goldstein JM, Dziobek JF, Clark R, Bassuk EL. Supportive housing for the chronically mentally ill. Matching clients with community environments. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1990, 178, 7:415-422.
63. Mares AS, Young AS, McGuire J, Rosenheck RA. Residential environment and quality of life among seriously mentally ill residents of Board and Care homes. *Community Mental Health Journal*, 2002, 38, 6:447-458.



64. Middelboe T, Makeprang T et al. A housing support programme for the mentally ill: need profile and satisfaction among users. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1998, 98: 321-327.
65. Middelboe T. Prospective study of clinical and social outcome of stay in small group homes for people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 1997, 171:251-255.
66. Nelson G, Hall GB, Walsh-Bowers R. Predictors of the adaptation of people with psychiatric disabilities in Group Homes, Supportive Apartments and Board-and-Care Homes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 1999, 22, 4: 381-389.
67. Nelson G, Hall GB, Walsh-Bowers R. The relationship between housing characteristics, emotional well-being and the personal empowerment of psychiatric consumers-survivors. *Community Mental Health journal*, 1998, 34, 1.57-69.
68. Segal SP, Holschuh J. Effects of Sheltered care environments and residents characteristics on the development of social networks. *Hospital and Community Psychiatry*, 1991, 42, 11: 1125-1131.
69. Yeich S, Mowbray CT, Bybee D, Cooney M. The case for a «Supported Housing» approach: a study of consumer housing and support preferences. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1994, 18, 2: 75-86.
70. López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la AEN*, 2008, 28, 101:43-83.
71. Autrey TD, Tefft B, Currie RF. Public attitudes and intentions regarding tenants of community mental health residences who are neighbours. *Community Mental Health Journal*, 1995,31,1
72. Brockington I, Hall P, Levings J, Murphy C. The community tolerance of the mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 1993, 162:93-99.
73. Piat M. Becoming the victim: a study on community reactions towards group homes. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2000, 24, 2:108-116.
74. Reda S. Attitudes toward community mental health care of residents in North London. *Psychiatric Bulletin*, 1995, 19:731-733.
75. De Girolamo G, Picardi A, Micciolo R, Falloon I, Fioritti A, Morosini P. Residential care in Italy. National survey of non-hospital facilities. *British Journal of Psychiatry*, 2002, 181: 220-225.
76. López M, Laviana M, López A, Tirado C. El Sistema para la Autonomía y la Atención a la dependencia y las personas con trastorno mental grave. *Rehabilitación Psicosocial*, 2007, 4, 1-2:11-27.
77. Bartlett C, Holloway J, Evans M, Owen J, Harrison G. Alternatives to psychiatric inpatient care. A case by case survey of clinical judgements. *Journal of Mental Health*, 2001, 10, 5:535-546.
78. Jiménez JF, Torres F, Laviana M, Luna JD, Trieman N, Rickard C. Evaluación del funcionamiento de la vida diaria en personas con trastorno mental de larga evolución. Adaptación y fiabilidad de la versión española del «Basic Everyday Living Skills» (BELS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2000,28 (5):284-288.
79. Rosen A, Hadzi-Pavlovic D, Parker G. The Life Skills Profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1989, 15:325-337
80. Rosen A, Trauer T, Hadzi-Pavlovic D, Parker G. Development of a brief form of the Life Skills Profile: the LSP-20. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2001, 35:677-683
81. Bulbena A, Fernandez de Larrinoa P, Dominguez AI. Adaptación castellana de la escala LSP, Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1992, 20, 2:51-60
82. Fernández de Larrinoa P, Bulbena A, Domínguez A. Estudio de fiabilidad, validez y consistencia interna de la escala LSP: Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1992, 20,2:71-75.
83. Burgés V, Fernandez A, Autonell J, Melloni F, Bulbena A. Adaptación y validación española del Life Skills Profile, forma abreviada (LSP-20): un instrumento para valorar las habilidades de la vida cotidiana en contextos clínicos reales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2007, 35, 2:79-88
84. Fitz D, Evenson RC. A validity study of the St. Luis Inventory of Community Living Skills. *Community Mental Health Journal*, 1995, 31, 4:369-377.
85. Wallace CJ, Liberman RP, Tauber R, Wallace J. The Independent Living Skills Survey: a comprehensive measure of the community functioning of severely and persistently mentally ill individuals. *Schizophrenia bulletin*, 2000, 26, 3:631-658.
86. Gibbons C, Dubois S, Ross S, Parker B, Morris K y ots. Using the Resident Assessment Instrument-Mental health (RAI-MH) to determine levels of care for individuals with serious mental illness. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 2008, 35, 1:60-70
87. Mausbach BT, Harvey PD, Goldman SR, Jeste DV, Patterson TL. Development of a brief scale of everyday functioning in persons with serious mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 2007, 33, 6:1364-1372.
88. Wijngaarden B, Schene A, Koeter M, Vazquez-Barquero, Charlotte H y ots (EPSILON group). Caregiving in schizophrenia: development, internal consistency and reliability of the Involvement Evaluation Questionnaire-European version. *British journal of Psychiatry*, 2000, 39:s21-7
89. Thornicroft G, Becker T, Knapp M, Knudsen HC, Schene A y ots. International outcome measures in mental health. Quality of life, needs, service satisfaction, costs and impact of carers. London, Gaskell, 22006.
90. Tessler RC, Gamache GM. The Family Burden Interview Schedule-Short Form (FBIS-SF) En Tessler RC, Gamache GM (Ed). Toolkit for evaluating family experiences with severe mental illness. Cambridge, MA: Human Services Research Institute 1995:110-120.
91. Vilaplana M, Ochoa S, Martinez A, Villalta V, Martinez-Leal R y ots. (Grupo PSICOST). Validación en población española de la entrevista de carga familiar objetiva (EFCOS-II) en familiares de pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2007, 35, 6:372-381
92. Durbin J, Cochrane J, Goering P, Macfarlane D. Needs-based planning: evaluation of a level of care Planning Model. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 2001, 28, 1:67-80
93. Herman S, Mowbray C. Client typology based on functioning level assessment: utility for service planning and monitoring. *Journal of Mental health Administration*, 1991, 18:101-115.
94. Fitz D, Evenson RC. Recommending client residence: a comparison of St. Louis Inventory of Community living and global assessment. *Psychiatric rehabilitation Journal*, 1999, 23, 2:107-112.
95. Mausbach BT, Bowie CR, Harvey PD, Twanley EW, Goldman MA y ots. Usefulness of the UCSD performance-based skills assessment (UPSA) for predicting residential independence in patients with chronic schizophrenia. *Journal of Psychiatric research*, 2008, 42:320-327.
96. Perlick DA, Rosenheck RA, Kaczynski R, Swartz MS, Cañive JM, Liebermann JA. Components and correlates of family burden in schizophrenia. *Psychiatric services*, 2006, 57, 8:1117-1125.
97. Harvey K, Catty J, Langman A, Winfield H, Clement S y ots. A review of instruments developed to measure outcomes for carers of people with mental health problems. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2008, 117:164-176.
98. Torres F, Rosales C, Moreno B, Jiménez JF. Evaluación de las necesidades de los enfermos mentales. En Bulbena A, Berrios G, Fernández de Larrinoa P (Ed.). *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología*. Barcelona, Masson, 2000:545-554.
99. Phelan M, Slade M, Thornicroft G y ots. The Camberwell Assessment of Needs: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British journal of Psychiatry*, 1995, 167:589-595.
100. Jiménez JF, Moreno B, Torres F, Rodríguez R. Evaluación de necesidades en enfermos mentales crónicos: el cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell. *Archivos de Neurobiología*, 1997, 60:113-124.
101. Brewin CR, Wing JK, Mangan SP, Brugha TS, MacCarthy B. Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC Needs for Care Assessment. *Psychological Medicine*, 1987, 17:971-981.
102. Instituto Andaluz de Salud Mental. La población hospitalizada en Instituciones Psiquiátricas en Andalucía. Resultados del Censo de 1985. Sevilla, IASAM, 1987.



103. Salvador L, Romero C, Arienza C, González F. Esquizofrenia. En Bulbena A, Berrios G, Fernández de Larrinoa P (Ed.). *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología*. Barcelona, Masson, 2000:309-322.
104. Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park SB, Hadden S, Burns A. Health of the Nations Outcome scales: research and development. *British journal of Psychiatry*, 1998, 172: 11-18.
105. Uriarte JJ, Beramendi V, Medrano J, Wing JK, Beevor AS, Curtis R. Presentación de la traducción española de la escala HoNOS. *Psiquiatría Pública*, 1999, 11, 4:93-101
106. Overall JE, Gorham. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 1962, 10:799-812
107. Peralta V, Cuesta MJ. Valoración de la Escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 1994, 4:44-50.
108. Wykes T, Sturt D. The measurement of social behaviors in psychiatric patients. An assessment of the reliability and validity of the SBS schedule. *British Journal of Psychiatry*, 1986, 148:1-11.
109. Vázquez AJ, Jiménez R. Inventario de Conducta Social (Social Behavior Schedule): Fiabilidad y validez de un instrumento de evaluación para pacientes crónicos. *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 1994, 22, 1:34-39.
110. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. The Social Functioning Scale: the development and validation of a scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 1990, 157:853-859.
111. Vazquez AJ, Jiménez R. Social Functioning Scale: new contributions concerning its psychometric characteristics in a Spanish adaptation. *Psychiatry Research*, 2000, 93:247-256.
112. Leff J, O'Driscoll C, Dayson D, wills W, Anderson J. The TAPS Project 5: the structure of social-network data obtained from long-stay patients. *British Journal of Psychiatry*, 1990, 157:848-852
113. Magliano L, Fadden G, Madianos M, Caldas de Almeida JM, Held T, Guiarnieri y ots. Burden of the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1998, 33:405-412
114. García-Cubillana P, Luna JD, Laviana M, Fernández L, Perdiguero D, López M. Adaptación y fiabilidad del Cuestionario de Red Social, versión española del «Cuestionario sulla rete sociale» aplicado a personas con trastorno mental severo. *Revista de la AEN*, 2006, 26, 97:135-150.
115. O'Driscoll C, Leff J, The TAPS Project 8: design of the research study on the long-stay patients. *British Journal of Psychiatry*, 1993, 162 Supl 19:18-24
116. Jordá E, Espinosa J. El proceso de desinstitucionalización en la provincia de Valencia: estudio de los alojamientos utilizados mediante la Escala de prácticas restrictivas. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 1990, 17, 2: 77-87.
117. Trieman N, Leff J. The TAPS project, 36: the most difficult to place long-stay psychiatric in-patients outcome one year after relocation. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169: 289-292.
118. Rickard C, Trieman N, Torres F, Laviana M et al. Residential care for mentally ill people in Andalusia and London – a comparison of care environments, user's attitudes and cost of care. *Journal of Mental Health*, 2002, 11, 3: 327-333.
119. Senn V, Kendal R, Willetts L, Trieman N. Training level and training needs of staff. En Leff J. *Care in the community. Illusion or reality?* Chichester, Wiley & Sons, 1997:137-144.
120. Maestro JC, Torres F, Laviana M, Moreno B, Trieman N, Rickard C. Estudio de las alternativas residenciales para pacientes desinstitucionalizados en Granada y Sevilla. *Anales de Psiquiatría*, 2001,17, 4: 143-152.
121. Leff J, Vaughn C. *Expressed Emotion in families. Its significance for mental illness*. New York, Guilford Press, 1985.
122. Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed Emotion and psychiatry relapse: a meta-analysis. *Archive of General Psychiatry*, 1999, 55:547-552.
123. Van Audenhove C, Van Humbeek. Expressed emotion in professional relationships. *Current opinion Psychiatry*, 2003, 16:431-435.
124. Touriño R, Inglott R, Baena E, Fernández J. *Guía de Intervención Familiar en la Esquizofrenia*. Barcelona, Glosa, 2004
125. Vaught C, Leff J. The measurement of expressed emotion of families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 1976, 15:157-165
126. Magaña AB, Goldstein MJ, Karno M, Miklowitz AJ, Jenkins S, Falloon IRH. A brief method for assessing expressed emotion in relatives of psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 1986, 17, 3:203-212.
127. Hooley JM, Parker HA. Measuring expressed emotion. An evaluation of the shortcuts. *Journal of Family Psychology*, 2006, 20, 3:386-396.
128. Brown GW, Rutter M. The measurement of family activities and relationships: a methodological study. *Human Relations*, 1966, 19:241-263.
129. Muela JA, Godoy JF. Reactividad de la medida de la emoción expresada durante un ingreso. *IberPsicología*, 2003, 8.1.4. En [www.fedap.es/iberpsicologia](http://www.fedap.es/iberpsicologia)
130. Shimodera S, Mino Y, Inoue S, Izumoto Y, Kishi Y, Tanaka S. Validity of a Five-Minute Speech sample in measuring expressed emotion in the families of patients with schizophrenia in Japan. *Comprehensive Psychiatry*, 1999, 40, 5:372-376.
131. Theorell T. Working conditions and Health. En Berkman LF, Kawachi I. *Social epidemiology*. New York, Oxford University Press, 2000:95-117.
132. Benavides FG, Benach J, Castejón J, Mira M, Serra C. La evaluación de riesgos laborales en la planificación de la prevención: una perspectiva epidemiológica. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 2001, 4:24-31.
133. Goldberg D, Williams P. *Cuestionario de Salud General GHQ. Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona, Masson, 1996.
134. Benavides FG, Gimeno D, Benach J, Martínez JM, Jarque S, Berra A, Devesa J. Descripción de los factores de riesgo psicosocial en cuatro empresas. *Gaceta sanitaria*, 2002: 3, 16:222-229.
135. Cushway D, Tyler PA, Nolan P. Development of a stress scale for Mental Health professionals. *British journal of Clinical psychology*, 1996, 35, 2:279-295.
136. Knapp M, Beechan J, Hallam A, Fenyo A. The TAPS Project 18: the cost of community care for former long-stay psychiatric hospital residents. *Health and Social Care in the Community*, 1993, 2, 4:193-201.
137. Knapp M, Beechan J, Hallam A. The mixed economy of psychiatric reprovision. En Leff J (Ed.). *Care in the community. Ilusión or reality?* Chichester, Wiley & Sons, 1997.
138. Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW. *Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria*. (2.ª Edición). Madrid, Díaz de Santos, 2001.
139. Consejería de Salud. *Proceso Asistencial Integrado Trastorno Mental Grave*. Sevilla, Consejería de Salud, 2006
140. Salvador-Carulla L. Routine outcome assessment in mental health research. *Current Opinion Psychiatry*, 1999, 12:207-210.
141. Tansella M, Thornicroft G. *Mental Health outcome measures (2nd Edition)* London, Gaskell, 2000.
142. Awad AG, Voruganti LN, Heslegrave RJ. Measuring quality of life in patients with schizophrenia. *Pharmacoeconomics*, 1997, 11:32-47.
143. Barry MM, Zissi A. Quality of Life as an outcome measure in evaluating mental health services: a review of the empirical evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1997, 32, 1:38-47
144. Katsching H, Freeman H, Sartorius N (Ed). *Quality of Life in Mental Disorders*. Chichester, Wiley and Sons, 1997.
145. Rothman KJ (Ed.). *Causal inference*. Chesnutt hill, Epidemiology resources Inc, 1988.
146. Everitt BS, Wessely S. *Clinical trials in psychiatry*. Oxford, Oxford University Press, 2004.
147. Ruggeri M, Lasalvia A, Dall'Agnola R, Wijngaarden B, Knudsen C, Leese M y ots. Development and reliability of the VSSS-EU. En Thornicroft G, Becker T, Knapp M, Knudsen C, Schene A, Tansella M, Vazquez-Barquero JL. *International outcome measures in mental Health*. London, Gaskell, 2006:146-156.

148. Artal J, Vázquez-Barquero JL, Rodríguez F, Gaité L, García E y ots. Evaluación de la satisfacción con los servicios de salud mental: la escala de Verona (VSSS). *Archivos de Neuropsiquiatría*, 1997, 60, 2:185-200
149. Thornicroft G, Gooch C, O'Driscoll, Reda S. The TAPS project 9: the reliability of the patient attitude Questionnaire. *British journal of psychiatry*, 1993, 162 Supplement 19:25-29.
150. García-Cubillana P, Fernández L, López M, Moreno B, Luna JD, Laviana M. Adaptación y fiabilidad del Cuestionario de Actitudes del Usuario, versión española del «Patient Attitude Questionnaire». *Archivos de Psiquiatría*, 2006, 69, 2: 117-132.
151. Lehman AF. Instruments to measuring quality of life in mental illness. En Katsching H, Freeman H, Sartorius N (Ed). *Quality of Life in Mental Disorders*. Chichester, Wiley and Sons, 1997:79-94.
152. Oliver J, Huxley P, Bridges K y ots. *Quality of Life and Mental Health Services*. London, Routledge, 1996.
153. Vazquez-Barquero JL, Gaité L, Herrán A, Serrano D, Schene AH, Ruggeri M, Huxley P. Development, and reliability of the LQoLP-EU. En Thornicroft G, Becker T, Knapp M, Knudsen C, Schene A, Tansella M, Vazquez-Barquero JL. *International outcome measures in mental Health*. London, Gaskell, 2006:124-129
154. Vazquez-Barquero JL, Gaité L, Ramírez N, García E, Borra C y ots. Desarrollo de la versión española del perfil de calidad de vida de Lancashire LQOLP. *Archivos de Neurobiología*, 1997, 60, 2:125-139.



# Capítulo 15. Evaluación en Unidades de Rehabilitación Hospitalaria: un Balance entre Síntomas, Funcionalismo, Necesidades, Expectativas y Soporte Comunitario

*Cristina Gisbert, Jordi Cid Colom*

## 1. Introducción

Plantear un capítulo de Evaluación en unidades de media y larga estancia podría entenderse como algo contradictorio con la filosofía de la Rehabilitación. Cuando se inició la reforma psiquiátrica y los procesos de externalización de los paciente que vivían en los hospitales psiquiátricos se pensó que los ingresos hospitalarios de media y larga estancia para personas con enfermedades mentales crónicas perderían su importancia y en consecuencia disminuirían el número de unidades y el tipo de ingresos. Desde entonces un hecho que se ha podido constatar es que la filosofía de la rehabilitación impulsó la creación de programas comunitarios principalmente con un doble objetivo, facilitar la inserción en la comunidad de aquellas personas que estaban viviendo en los hospitales psiquiátricos, y evitar nuevas institucionalizaciones<sup>1</sup>. No obstante, y a pesar del éxito global de los programas comunitarios de rehabilitación en la consecución de ambos objetivos<sup>2,3,4</sup>, se fueron acumulando evidencias de que un grupo de personas afectadas con una enfermedad mental, presentaban un curso crónico de la enfermedad<sup>5,6,7,8,9</sup>. Esta cronicidad se caracterizaba principalmente por un deterioro en su funcionamiento psicosocial<sup>10</sup>, o lo que es lo mismo una limitación clara para llevar una vida autónoma. En un porcentaje importante de casos, a pesar de estar inmersos en un programa de rehabilitación comunitario, para poder mantener una vida autónoma en la comunidad, era necesario intensificar el grado de soporte y supervisión por parte del programa. En muchos de los casos, ya sea por desgaste de los profesionales, por abandono de tratamiento o por falta de soporte social, estas personas fracasaron en los programas de rehabilitación comunitaria y necesitaron de un entorno más contenedor<sup>11</sup> y de programas de rehabilitación más intensiva de tipo hospitalario<sup>12</sup> con el objetivo final de conseguir su reinserción comunitaria. Este es el contexto en el cual se han ido reconvirtiendo las unidades de hospitalización de media y larga estancia, también denominadas Unidades de Rehabilitación Hospitalaria (URH). Las URH se definen como un dispositivo sanitario de carácter hospitalario diseñado para cumplir funciones integradas de tratamiento, rehabilitación y contención<sup>13</sup>. Los objetivos generales serían a) la obtención de una mejoría psicopatológico-conductual en el paciente y b) unas modificaciones en su entorno socio familiar tales que permitan garantizar la continuidad de las intervenciones en los dispositivos comunitarios (centros de rehabilitación psicosocial, inserción laboral, y/o clubs sociales).

Para entender hoy, de donde viene y como se puede realizar la evaluación en una URH, es necesario repasar la historia de cómo se empezó a introducir la rehabilitación psicosocial en los hospitales psiquiátricos, y extraer las características de las evaluaciones que se hicieron en el cierre de los hospitales psiquiátricos y en los procesos de reinserción en la comunidad que han ido ocurriendo a lo largo del siglo XX.

## 2. La Rehabilitación Psicosocial en los Hospitales Psiquiátricos

Los Hospitales Psiquiátricos Monográficos, derivan de los antiguos manicomios donde se producía una exclusión social y una estigmatización del enfermo mental<sup>14</sup>. Estos se han ido transformando de manera progresiva y heterogénea con la aplicación de la filosofía de la rehabilitación psicosocial<sup>1,15</sup>. Este proceso de transformación implicó un proceso de normalización y una recuperación de la dignidad de la persona<sup>13</sup>. No obstante aquí la pregunta clave a contestar es qué puede aportar la hospitalización al proceso de rehabilitación, cuya meta global es ayudar a las personas con discapacidades psiquiátricas a reintegrarse en la comunidad y a mejorar su funcionamiento psicosocial de modo que les permita mantenerse en su entorno social en unas condiciones lo más normalizadas e independientes que sea posible<sup>16</sup>.

Para intentar responder a esta pregunta vamos a centrarnos en tres aspectos relacionados con el proceso de transformación. En primer lugar, repasaremos las características del proceso de transformación de los hospitales psiquiátricos. En algunos casos se transformaron en modernas unidades de rehabilitación, y en otros con su cierre se crearon nuevas unidades residenciales comunitarias (residencias, pisos, etc.). Existen numerosas experiencias que están bien documentadas y que nos pueden ayudar a entender los aspectos favorables de la aplicación de la rehabilitación en las unidades de hospitalización<sup>2,3,17,18</sup>. Es importante reseñar que este proceso de transformación estructural por sí misma no garantizaba la aplicación de la rehabilitación y no debemos de olvidar que estas nuevas unidades no están exentas del riesgo de que se den dinámicas relacionadas con la cronicidad institucional<sup>19,20</sup>. En segundo lugar, repasaremos el contexto hospitalario donde se realizaron las primeras evaluaciones con la metodología de la rehabilitación psicosocial. Para ello expondremos algunos ejemplos de como se organizaban estas evaluaciones, y así entender como la unidad hospitalaria puede ser un lugar adecuado para la evaluación en rehabilitación si se favorece que las conductas se puedan objetivar y medir. En ter-



cer lugar y último, repasaremos algunos estudios sobre las características funcionales de enfermos mentales crónicos internados en hospitales psiquiátricos. Estos se caracterizaban por la realización de una evaluación objetiva mediante escalas de las habilidades preservadas y las discapacidades más importantes. Esta evaluación tenía como fin crear grupos homogéneos en cuanto habilidades y discapacidades en los que fuera factible aplicar programas de rehabilitación específicos. La relevancia de dichos estudios es debido a que nos pueden proporcionar pistas acerca de las características de las personas que ingresen de manera temporal en las nuevas unidades, y así delimitar algunos aspectos de la evaluación y de cómo realizar el Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR).

### 2.1. Aspectos favorables y características de la rehabilitación hospitalaria

Para comprender la transformación hay que hablar de la cronicidad entendida como la pérdida de habilidades básicas para ser autónomo y de competencias sociales debido al curso de la enfermedad mental crónica y a los efectos de la institucionalización. La cronicidad dentro de los Hospitales Psiquiátricos se observaba en: (a) el deterioro de los usos normativos de convivencia más básicos, (b) se hacían innecesarias las tomas de decisiones, dado que la función del hospital era cuidadora y organizadora de la vida de las personas que allí residían, (c) la comunicación se reducía a niveles primarios, donde se perdía la iniciativa en la interacción social y por último, (d) la imagen personal se deterioraba. En resumen, una vida alejada de la socialización básica<sup>21</sup>.

Uno de los objetivos más importantes de la aplicación de la filosofía de la rehabilitación psicosocial fue contrarrestar las características de la cronicidad observada en los hospitales<sup>15,19</sup>. De aquí que se empezaran a realizar para los pacientes institucionalizados programas de autocuidado, de habilidades sociales, de intervención comunitaria, e intervención familiar, todos ellos basados en el desarrollo de las capacidades (Wing, 1975). Estos principios son los básicos que necesitan mantenerse en las nuevas unidades hospitalarias, ya que si no las intervenciones rehabilitadoras perderán su efectividad. En la Figura 1 se muestran las características de la rehabilitación psicosocial aplicada a los Hospitales Psiquiátricos<sup>21</sup>.

FIGURA 1. Características de la rehabilitación en los hospitales (Adaptado de J. Fernández, 1997)

1. Favorecer la formación de pequeños grupos homogéneos de residentes que puedan compartir programas de rehabilitación.
2. Implementar estrategias de desmasificación: Buscar lugares pequeños, en pequeñas edificaciones totalmente personalizadas.
3. Individualización de la evaluación y de la intervención.
4. Evaluaciones basadas en medidas objetivas (entrevistas, escalas, tests, inventarios) que favorezcan establecer una línea base para la intervención.
5. Para garantizar un tratamiento individualizado es preciso reforzar el papel de profesionales, tutores, (todos los usuarios tendrán un profesional de referencia).
6. Intervenciones familiares grupales e individuales.
7. Iniciar programas de rehabilitación formativo-laboral.

Para que éstas se puedan aplicar es necesaria la transformación progresiva de todo el personal del hospital psiquiátrico en agentes de rehabilitación, para poder transformar las intervenciones que se realizan diariamente con los usuarios, en intervenciones que favorezcan la autonomía de los mismos. Recomendamos la lectura del capítulo 19 «La rehabilitación psicosocial en hospitales psiquiátricos» Fernández, M. Reyes y J. Ramal 1997, (Abelardo Rodríguez, Coordinador, 1997)<sup>21</sup> donde de manera más detallada se abordan las dificultades y las facilidades para iniciar la rehabilitación en lugares como los hospitales psiquiátricos. En estos momentos, existe evidencia empírica de resultados positivos de la aplicación de la rehabilitación psicosocial en los hospitales psiquiátricos<sup>22,23,24</sup>, éstas habitualmente empiezan por una evaluación de discapacidades y habilidades preservadas para ir trabajando las áreas deficitarias y poder conseguir la transición a la comunidad. Dos ejemplos de este tipo de trabajo, son el que desarrollaron el equipo liderado por Julian Leff en el cierre del hospital psiquiátrico de Clanbury<sup>25,26</sup>, y en nuestro país es el Proyecto Flat que se desarrolló en el Hospital Psiquiátrico de Canarias<sup>21</sup>.

### 2.2. Características de la evaluación en rehabilitación en los hospitales psiquiátricos

La Evaluación que se empezó a realizar en los hospitales psiquiátricos estaba guiada por los principios y por las características detalladas en los puntos anteriores. Wing (1983)<sup>27</sup> describía cómo debía ser la evaluación de los esquizofrénicos crónicos en las unidades de rehabilitación. Defendía que la evaluación clínica debía ir más allá de la clásica anamnesis psiquiátrica, y proponía que se evaluaran lo que actualmente denominaríamos factores de aprendizaje. Además, sugería la necesidad de una evaluación social de la familia y del ajuste social, una evaluación de las actitudes, y de los factores individuales precipitantes de recaída.

Por otro lado, en los hospitales donde se introdujo la rehabilitación psicosocial, se apuntaba la idea de que el pabellón, la unidad o la sección deberían ser un laboratorio de observación, evaluación e intervención<sup>28</sup>. La organización de la evaluación debía permitir identificar el deterioro tanto el producido por la enfermedad como por efectos de la institucionalización, las habilidades preservadas y las habilidades no utilizadas como consecuencia de la organización de la unidad, la detección de las necesidades y de los recursos necesarios y disponibles, para así poder planificar la intervención en rehabilitación más adecuada. Para realizar las evaluaciones se utilizaba fundamentalmente la observación, y la clasificación de los usuarios en función de dos factores propuestos por Wing (1961)<sup>29</sup> retraimientos social y conducta social impertinente.

En este contexto aparecieron una serie de escalas que facilitaban la evaluación sistemática, una escalas se centraban en la evaluación del ambiente del pabellón, ya que estos primeros programas hospitalarios de rehabilitación enfatizaban que el ambiente podía ser una variable que interfiera en evaluación de la conducta, ya que podía facilitar o no su emisión. Un ejemplo de estas escalas es la

**Ward Atmosphere Scale**<sup>30</sup>. En cambio otras escalas intentaban sistematizar la observación de comportamientos mediante la codificación en una serie de ítems relacionados con el comportamiento que mostraban en la unidad. Entre estas, destacamos una escala que continúa utilizándose en la actualidad que es la **Escala de Observación de las enfermeras para la evaluación de pacientes internados**<sup>31,32,33,34</sup>, donde después de un periodo de observación de tres días se evalúan 80 ítems, existe una versión de 30 ítems, que corresponden a siete factores competencia social, interés social, cooperación, aseo personal, irritabilidad, psicosis manifiesta y depresión psicótica.

Esta aproximación se la denominó «enfoque de la terapia del medio», y no fue la única, ya que de forma paralela se diseñaron programas basados en la metodología conductual. Ayllon Azrin (1965,1968)<sup>35,36</sup> en el trabajo clásico sobre la modificación de la conducta en trastornos crónicos mediante la economía de fichas, nos indicaban los principios básicos de la evaluación en unidades hospitalarias, que eran la observación la conducta disruptiva en su contexto y el registro observacional de esta. Posteriormente, Matson (1980)<sup>37</sup> utilizó el análisis funcional como herramienta de evaluación y como modo de examinar la relación entre conductas diana y las condiciones ambientales que la precedían (o antecedentes), y cuales eran las contingencias consecuentes o respuestas ambientales. En este contexto se construyeron algunas escalas, que buscaban definir una línea base conductual y que pudieran objetivar el cambio de los programas conductuales de rehabilitación. Destacamos la escala REHAB, que posteriormente veremos con más detalle, porque existe un trabajo que muestra el cambio conductual evaluado mediante esta escala en una serie de usuarios institucionalizados después de la aplicación de un programa de economía de fichas<sup>38</sup>.

Por otro lado, Hall (1990)<sup>28</sup> daba las claves de qué áreas a evaluar según las tareas que se realizaban en el hospital. Estas áreas eran las capacidades de cuidado, domésticas y sociales, y habilidades de planificación de actividades. De ello se derivaba que el ámbito hospitalario debía ser capaz de identificar y seleccionar las áreas de la rehabilitación psicosocial a evaluar, debía operacionalizar las habilidades o conductas diana a observar, definir el procedimiento de registro y registrar la conducta durante un tiempo determinado. La posterior operativización de estas conductas mediante indicadores de frecuencia e intensidad, nos indicarían el grado de discapacidad y de habilidades preservadas en cada área. Estas serían la línea base en la que se fomentará el trabajo de rehabilitación de estas áreas deficitarias. Otro elemento clave, que enfatizaba hace referencia a las conductas objetivo u metas, que se iban a trabajar en la unidad debían de ser específicas, ajustarse a las incapacidades y debían monitorizarse para conocer el grado de mejoría.

En resumen, estos trabajos nos permiten delimitar los elementos clave de la evaluación en la URH, con lo que podemos concluir en lo que concierne a la evaluación en unidades de hospitalización, que la unidad debe ser un espacio que permita la observación de las conductas que conforman el repertorio conductual del deterioro psicosocial. Deben de poder registrarse de manera adecuada con indicadores de frecuencia e intensidad, las áreas que nos indican si existe un deterioro en las capacidades para poder

funcionar en una vida autónoma. También es necesario poder identificar aquellas conductas que con un grado de soporte o cuando el ambiente lo permite se puedan ejecutar de manera competente, y que las metas que se elijan para intervenir en la unidad deben ser específicas y evaluables; con lo cual se asegurará el progreso en la rehabilitación.

### 2.3. *Estudios de las tipologías y discapacidades en los Trastornos Mentales Severos*

En este último punto analizaremos algunas de las investigaciones que han evaluando las capacidades funcionales de las personas con trastornos mentales graves y persistentes, que de manera genérica muestran cuatro grupos que se diferencian en los niveles de autonomía.

En el *Estudio de las características de los Trastornos Mentales crónicos* (Desviat, Fernández-Liria, Rendueles; 1986)<sup>39</sup>, se describía la tipología de los Trastornos Mentales que formaron parte de un proceso de desinstitucionalización en la Comunidad de Madrid, encontraron cuatro grupos de los cuales tres que tenían que ver con la rehabilitación psicosocial. Un primer grupo que sería un «*Remanente manicomial*», «*Usuarios de posible externalización*», y «*pacientes crónicos adultos jóvenes*» (consumidores de gran cantidad de servicios, crisis permanente, consumidores de tóxicos, poco seguimiento de las normas y tratamientos) que tenían un elevado riesgo de ingreso en las unidades de rehabilitación intensiva.

*Estudio de Reubicación de los Trastornos Mentales Graves del Hospital Psiquiátrico de Salt* (Cid J y Gisbert C, 2001)<sup>40</sup>. En nuestro medio, el Hospital Psiquiátrico de Salt empezó el proceso de reorganización del antiguo manicomio en 1997, creando tres líneas diferenciadas: Psicogeriatría, Retraso Mental y Trastorno Mental Severo-Larga Estancia. Esta última moderniza su nombre en el 1998 y pasa a llamarse Servicio de Rehabilitación. El nuevo servicio, tenía y tiene, como objetivo prioritario mejorar la calidad de vida de los trastornos mentales crónicos que están institucionalizados. Para ello debía implementar progresivamente la filosofía de la rehabilitación psicosocial en el marco del hospital psiquiátrico, para así de modo progresivo llegar a funcionar como un Servicio de Rehabilitación moderno que pudiera recibir aquellos usuarios de la comunidad que necesitaran programas de rehabilitación más intensivos. Todo este proceso se dinamizó con la construcción de un nuevo edificio de dos plantas, por lo que fue necesario plantearse como organizar la reubicación de los usuarios para así planificar el funcionamiento del nuevo servicio. Un objetivo clave era crear grupos de usuarios que en función de su deterioro psicosocial pudieran compartir programas de rehabilitación. Para nuestro propósito no sólo teníamos la experiencia de la transformación de los hospitales psiquiátricos mencionados anteriormente sino que contábamos con la posibilidad de aplicar los conocimientos de la rehabilitación psicosocial<sup>41, 42</sup>. La aparición de métodos estandarizados e instrumentos de medida que miden la discapacidad y minusvalías asociadas a la enfermedad mental nos facilitaban nuestro propósito de estudio que es la búsqueda de grupos de individuos homogéneos

en sus capacidades funcionales y/o discapacidades que sean objeto de programas comunes de rehabilitación y así poder crear grupos de Gestión Clínica en la nueva ubicación. Por este motivo y para poder delimitar grupos de gestión clínica se administraron la escala HoNOS<sup>43,44</sup> y a nivel funcional la escala Rehab<sup>45,46</sup> mediante profesionales correctamente entrenados (Véase apartado 5 para más detalle y sus referencias) a los 91 sujetos que estaban ingresados y mediante el análisis de conglomerados (k-medias), se buscaron grupos de individuos homogéneos en sus capacidades funcionales y/o discapacidades que sean objeto de programas comunes de rehabilitación y así poder crear grupos de Gestión Clínica. (Véase para más detalles relacionados con la metodología el apartado 3 donde se describe del estudio CatSalut, donde se utilizó la misma estrategia metodológica). El resumen de las características de los cuatro grupos que obtuvimos fueron:

El primer conglomerado, **Deterioro Global**, tenía como centros la escala de Deterioro de la HoNOS ( $c = 2,95$ ), el Discurso Alterado ( $c = 1,90$ ) y Autocuidado ( $c = 1,69$ ), ambas de la escala REHAB; todas ellas con puntuaciones altas. Formaban parte de él, 31 usuarios, con un tiempo de ingreso de media mayor a 19 años, que se **caracterizarían** por un deterioro cognitivo y problemas de salud física que limitarían su autonomía de vida; tendrían dificultades para establecer una comunicación, con habla incoherente y por último, mostrarían una pérdida de las habilidades de autocuidado: higiene, alimentación y vestido que limitarían su autonomía por lo que sería necesario un soporte y apoyo constante de los demás para acceder a unas Actividades de la Vida Diaria Básicas. *Este grupo se asemejaría al remanente manicomial que han descrito en los procesos de desinstitutionalización*<sup>39</sup>, usuarios de alta dependencia psiquiátrica con unas necesidades de cuidado y supervisión constante para paliar los déficit como consecuencia de su enfermedad mental. Las **necesidades** de rehabilitación de este conglomerado de Deterioro global serían a) Mantenimiento y Generación de los hábitos de Autocuidado, b) Necesidad de supervisión constante e individualizada de los individuos (tutor). c) Mejorar el funcionamiento cognitivo d) Favorecer la estructuración personal. Atendiendo a la experiencia de estos estudios, los **Objetivos de rehabilitación** que se propondrían serían estructurar un horario que tenga como objetivo mantener los hábitos básicos no deteriorados y la Aplicación de Técnicas Conductuales<sup>47,48,49</sup> para extinguir los hábitos poco adaptativos y reforzar de forma contingente las conductas adaptativas. Los **procedimientos de rehabilitación** serían Grupos de Autocuidado básicos<sup>50</sup>, psicomotricidad<sup>51</sup>, psicoestimulación<sup>52,53</sup>. Para la **Gestión clínica** adecuada sería necesario que el personal no tuviera una alta emoción expresada, fuera consciente de que el objetivo fundamental es estimular las habilidades preservadas para conservar la máxima autonomía dentro de la elevada dependencia que tendrían como consecuencia de los problemas de salud por su edad, y por las consecuencias de la enfermedad mental e institucionalización.

El segundo conglomerado, **Posible externalización**, tenía como centros los Problemas Sociales de la escala HoNOS ( $c = -2,67$ ), Puntuación total de la escala HoNOS ( $c = -2,54$ ), Autonomía comunitaria de la REHAB ( $c = -2,18$ ), todas ellas, con puntuaciones bajas; y estaba formado por 23 usuarios, los cuales eran candidatos a un

proceso de desinstitutionalización, caracterizándose por la presencia de un deterioro psicosocial asociado a los años de institucionalización ( $x = 12$  años,  $d.e = 10$ ), conservan habilidades de autocuidado, conservan habilidades de gestión económica, mantienen relaciones con otros compañeros y participan en actividades dentro del marco del hospital. Por este motivo, sería necesario favorecer su reinserción en la comunidad y necesitarían recursos para prepararles para una vida fuera del hospital. Atendiendo a la experiencia de los proyectos Flat<sup>10</sup>. Los **Objetivos de rehabilitación** de este grupo serían favorecer los procesos de autorregulación en la comunidad, Aplicación de estrategias para la generalización de conductas adaptativas en la comunidad, Readaptación a la comunidad: Inicio vinculación sector, Reinserción familiar, Búsqueda de alojamiento y trabajo. Los **Procedimientos** serían la realización del PIR; y realizar Grupos de Conciencia de Enfermedad, Habilidades Sociales y Gestión instrumental (transporte y dinero), Rehabilitación Cognitiva, Autocontrol y Afrontamiento personal, Grupo de familias, Reinserción laboral, Reinserción comunitaria<sup>57,58,59,60,61</sup>. Es evidente que la **Gestión clínica** de este grupo, esta basada en la generación de recursos intermedios, tales como pisos escuela, donde poder preparar a los usuarios para una externalización.

Las **Actividades de la Vida Diaria (AVD) Preservadas**, era el tercer conglomerado y sus centros estaban formados por la escala Problemas sociales de la HoNOS ( $c = 1,24$ ) con puntuaciones elevadas, Deterioro de la HoNOS ( $c = -1,02$ ) con puntuaciones bajas, y Autonomía comunitaria ( $c = .84$ ) puntuaciones elevadas; los 28 usuarios de este grupo tenían un diagnóstico principal de esquizofrenia en más de un 80 %, y una media de ingreso de 23 años. Las características que definían el grupo son los problemas sociales derivados de su enfermedad mental y de estar viviendo en el hospital. No se caracterizan por un deterioro cognitivo y son escasos los problemas físicos. Mantienen unos hábitos de autocuidado, pero necesitan apoyo para tener una correcta higiene, vestirse, etc. Están adaptados al hospital pero no realizan salidas a la comunidad, para lo que necesitarían soporte. De ello se deriva que aún estando en el hospital, no estaban preparados para un proceso de externación, y por lo tanto se eran candidatos a programas de rehabilitación psicosocial hospitalarios que les permitiesen mejorar la calidad de vida de estos usuarios dentro del hospital. Las **necesidades de rehabilitación** serían principalmente generalizar estas habilidades que les permiten una autonomía dentro del hospital para que las puedan utilizar en un entorno comunitario. Para ello sería necesario estimular la estructuración de un horario que incluyera actividades en la comunidad, se deberían mejorar las habilidades sociales y comunicativas. Los **Objetivos** serían favorecer los procesos de autorregulación del repertorio conductual mediante la potenciación de los hábitos conductuales preservados, aplicación de Técnicas Conductuales para la generación y generalización de conductas adaptativas. Los **Procedimientos** serían conseguir un Autocuidado individualizado: Generalización de hábitos de higiene, vestido y comer, con la creación de Grupos: Conciencia de Enfermedad, Habilidades Sociales, Rehabilitación Cognitiva, Gestión instrumental (transporte y dinero), Autocontrol y Afrontamiento personal, Psicomotrici-



dad<sup>54,55,56</sup>. La **Gestión clínica** de este grupo implica que el personal sanitario se transforme en agentes de rehabilitación. Los usuarios que forman parte de este grupo fallan en la generalización de las actividades de la vida diaria, tienen en general los procesos de aprendizaje conservados pero no ponen en práctica las habilidades preservadas si no es con una motivación y un refuerzo conductual por parte de los demás. Como están lejos de poder salir del hospital y este va a continuar siendo su lugar de residencia, va a ser necesario que el personal sanitario deje de cuidar y pase a fomentar sus habilidades. Para facilitar este tipo de procesos de gestión clínica, debería haber una tutorización individualizada que garantizara la recuperación de las habilidades que están deterioradas.

El **grupo de conducta problema**, fue el cuarto y último, formaban los centros del conglomerado la escala Conducta problema de la HoNOS (c= 3.80), por la puntuación Total de la escala HoNOS (c= 2.07) y por los Problemas clínicos (c=1.48) de la Escala HoNOS; todos ellos con puntuaciones elevadas. Formaban parte 9 sujetos que se caracterizaban por un déficit en el control de los impulsos y problemas con el abuso o dependencia de tóxicos en el contexto de una psicosis o trastornos de la personalidad graves, un deterioro psicosocial que les impedía vivir en la comunidad y unas habilidades verbales preservadas y con buena capacidad para la comunicación. Además destacarían pocas habilidades de afrontamiento de las situaciones complejas o de tensión. Las **Necesidades de rehabilitación** serían el Aprendizaje del Control de Impulsos y de las conductas adaptativas en relaciones interpersonales y sociales, favorecer una gestión Instrumental óptima mediante la supervisión por parte de un tutor en la comunidad y la familia para su vinculación a la comunidad. Este grupo se asemejaría a las descripciones de trastorno mental crónico y consumo de sustancias<sup>62</sup>, que necesitan de programas de rehabilitación cortos en unidades de rehabilitación. De las recomendaciones de estos autores, se derivarían los siguientes **objetivos de rehabilitación**: Aprendizaje de estrategias de autocontrol y generación de conductas adaptativas interpersonales, Favorecer los procesos de autorregulación en la comunidad, Readaptación a la comunidad: Inicio vinculación sector, Reinserción familiar, Búsqueda de alojamiento y trabajo. Los **Procedimientos** a seguir serían la realización del PIR, y las Intervenciones Psicoterapéuticas individualizadas con psicoterapias basadas en la evidencia y la creación de Grupos: Autocontrol y Afrontamiento personal centrado en Control de Impulsos, Grupo de Psicoterapia, Habilidades Sociales y Gestión instrumental (transporte y dinero), Grupo de familias, Reinserción laboral y comunitaria<sup>63 a 69</sup>. Para la **gestión** de estos casos sería adecuada la utilización de los case-management.

En resumen, el uso de las escalas REHAB y HoNOS permiten tener una línea base de las habilidades preservadas, del grado de deterioro, de las necesidades de rehabilitación que ayuda a la planificación y a la gestión clínica de un servicio de rehabilitación. Más específicamente, la REHAB nos da el repertorio conductual detallado por áreas, y la HoNOS nos da una información más general de estas áreas que permite en función de su puntuaciones darnos una aproximación del tipo de recurso de rehabilitación que sería preferible utilizar. Destacar que la configuración final de los grupos de gestión clínica se retocó por cues-

tiones clínicas en un uno por ciento del total de la muestra, y esto se puede explicar por distintos factores que debemos entender como las limitaciones de nuestro estudio. No se realizó un estudio de fiabilidad entre evaluadores, y además el tiempo de recogida de información, una semana para la REHAB y dos semanas para la HoNOS, nos proporcionaba una aproximación al repertorio conductual de los sujetos evaluados, pero a lo mejor un periodo excesivamente corto para poder realizar grupos clínicos. Por último no hay que olvidar que la administración de dos escalas que ayuden a la gestión clínica, son procedimientos de evaluación básicos y necesarios para conocer las necesidades y los objetivos de rehabilitación pero no suficientes para planificar todos los programas de rehabilitación. Por ejemplo un área que debería profundizarse en su estudio sería la exploración psicopatológica y neuropsicológica<sup>70,71</sup> de los usuarios, ya que las informaciones proporcionadas por nuestro estudio no son lo suficientemente exhaustivas como para plantearse como objetivos de rehabilitación la terapia cognitivo conductual para alucinaciones o delirios<sup>73,73</sup> o la rehabilitación neuropsicológica<sup>74</sup> respectivamente. Por último no hay que obviar que la configuración final de los programas de rehabilitación psicosocial de estos grupos hay que hacer evaluaciones más exhaustivas, amplias e individualizadas para conformar el PIR, que es el verdadero eje donde se sustentan los objetivos individualizados de rehabilitación y los procedimientos más específicos para cada caso.

### 3. El Proyecto CatSalut. Evaluación de las necesidades de los usuarios ingresados en las Unidades de Larga Estancia

Tal como anteriormente comentábamos una de las características de la reforma psiquiátrica ha sido la heterogeneidad de los procesos de desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos<sup>2,3,24,25,26,75</sup> y la gran variedad de tipos de reconversión de los hospitales en servicios de rehabilitación moderna. En Cataluña, el proceso se hizo doble por un lado se creó una estructura comunitaria pero sin el planteamiento inicial de reconversión de los hospitales psiquiátricos, a excepción del cierre del hospital de la Santa Creu en Barcelona, y del inicio de reconversión descrita en la introducción en el hospital psiquiátrico de Salt, que fue un estudio precursor del estudio que CatSalut se planteó en el año 2002 y que va a ser describir y delimitar las necesidades de las personas que estaban ingresadas en las Unidades de Media y Larga Estancia, para así favorecer la reconversión de todas ellas<sup>76</sup>.

#### 3.1. El Protocolo de evaluación

Para ello se creó un «Protocolo de evaluación de las necesidades de los usuarios ingresados en unidades de larga estancia»<sup>77</sup>. El protocolo intentaba evaluar las necesidades y la funcionalidad de estos usuarios, y consistía en la recogida de una serie de información que podemos resumir en las siguientes áreas: **Datos biográficos** (Edad, Sexo, Estado civil, Nivel de escolarización, Número ingresos previos, Estancia Media en años MILLE), **Variables**



Clínicas [Diagnósticos de Eje I Diagnósticos Eje II (según criterios DSM-IV), Criterios de Trastorno Mental Grave, Escala de Evaluación de la Actividad Global (Clínica), EVA consciencia de enfermedad, Tratamiento farmacológico prescrito y Grado de colaboración en la toma de medicación], **Actividades y expectativas de tratamiento** [Actividades participa, Programas Participa, Lugar: Hospital o Servicios Comunitarios, Expectativas de residencia y de tratamiento a un año (s/ profesionales de referencia)], **Familia y Variables sociales** [Soporte de la familia, Grado de patología familiar (emoción expresada y conflictividad), Autonomía laboral, Historia laboral, Aspectos legales (ingreso e incapacitación), Aspectos económicos (tipo de prestación que están cobrando)]<sup>76</sup>. Aparte de estas variables se evaluaron, mediante la administración de inventarios y escalas, una valoración funcional mediante la escala REHAB y una evaluación de resultados mediante la escala HoNOS, que comentaremos con más detalles en el apartado de las escalas de evaluación; el Escala De Evaluación Global del Funcionamiento EEAG-C: Clínico (EEAG-C) y Funcional (EEAG-F)<sup>78</sup> y la carga de enfermedad física mediante el Índice Acumulativo de Enfermedad <sup>79,80,81</sup>, que es un índice que indica el Grado de afectación del aparato cardiovascular y respiratorio, aparato digestivo, aparato genitourinario, aparato musculoesquelético y tegumentos, neuropsiquiatría y endocrinometabólico, en una escala likert de 4 puntos.

### 3.2. Procedimiento

Este protocolo se administró a las 1458 personas que en 2001 estaban ingresadas en lo que se consideraría media y larga estancia hospitalaria de Cataluña, en concreto 7 Unidades de los hospitales anteriormente mencionados. Este protocolo lo administraron dos personas por cada uno de los hospitales de referencia (psiquiatras, psicólogos, enfermeras) correctamente formados en la administración del protocolo mediante un taller de 6 horas. El tiempo medio de evaluación fue de una hora por paciente, y el tiempo de registro de variables para su evaluación fue de quince días de monitorización de la conducta.

### 3.3. Análisis de datos

El análisis de datos se realizó con el programa SPSS Versión 11.5. Uno de los objetivos del análisis fue clasificar a los usuarios en grupos homogéneos en las discapacidades y en las habilidades preservadas desde donde se deriven las necesidades de las condiciones de vida y rehabilitación. El análisis tenía como objetivo agrupar a los usuarios que estaban ingresados en la MILLE (Media y Larga estancia) en grupos homogéneos que compartan las características funcionales comunes en el que se refiere a discapacidades y habilidades preservadas. Para ello se realizó un análisis de conglomerados no jerárquico (k-medias), donde se escogió el valor de k= 4, y la arbitrariedad de este valor, se justificó por (a) la literatura respecto las capacidades funcionales evaluadas por la REHAB definen un gradiente de cuatro grupos de funcionalismo en el TMS [Puntuación total en Autónomos M= 27.83; Semi-autónomos M= 51.52; Dependientes M= 78.40; Muy Dependientes M=

109.68] y (b) los programas que desde CatSalut se había pensado como posible reconversión de la MILLE, programa de rehabilitación intensiva, programa de descompensación intensiva, programa de reinserción en la comunidad y programa de alta dependencia psiquiátrica (c) la necesidad de que los grupos tengan características funcionales homogéneas que permitan organizar la MILLE de forma global en grupos de gestión clínica y programas de rehabilitación comunes en filosofía, pero que permitan al mismo tiempo un grado de flexibilidad que garantice la adaptación de cada grupo a las diferencias territoriales de cada zona de referencia hospitalaria.

Las variables que se escogieron fueron de la escala HoNOS (Problemas de Conducta, Deterioro, Síntomas, Problemas Sociales, Puntuación Total HoNOS), de la escala REHAB (Conducta Problema, Actividad Social, Habilidades de Comunicación, Discurso Alterado, Autocuidado, Autonomía Comunitaria, Puntuación Total Rehab y el EEAG-Funcional. También, presentaremos los descriptivos de la muestra, y también el análisis de la variancia de las variables objeto de estudio para los grupos de agrupación. Para facilitar la exposición excluirémos a las personas que tenían una edad de 65 años o mayor, y nos centraremos en aquellas personas menores de 65 años, (n=857), presentando un resumen de las características clínicas, sociales, familiares y de tratamiento para cada grupo.

### 3.4. Resultados

Los descriptivos de la muestra (n=831), nos indican problemas para realizar una vida autónoma [Rehab General M= 72.08 (d.e.=32.05); EEAG-Funcional: M=37.00 (d.e.= 15.88)], necesidad de soporte o supervisión externa para poder ser autónomo [Actividad comunitaria Rehab: M= 10.72 (d.e.= 5.04)]<sup>43</sup>, que se confirmarían con los resultados de la HoNOS que nos indicaría un elevado deterioro psicosocial como consecuencia de la enfermedad mental [HoNOS Total: M=17.77 (d.e.=5.76)], y quién sabe de la institucionalización, y que para poder alcanzar niveles de autonomía comunitaria [Problemas Sociales HoNOS: M=9.00 (d.e.= 2.72); Actividad Social Rehab: M=21.94 (d.e.= 9.42)] necesitarían programas de rehabilitación intensivo de tipo hospitalario<sup>46</sup>.

El análisis de conglomerados nos daba 4 conglomerados con las siguientes variables de agrupación, el primer conglomerado se configuraba con las escalas de Deterioro (HoNOS, Puntuación Alta), Discurso Alterado (REHAB, Puntuación Alta), y la Conducta General de la REHAB (Puntuación Alta); en el segundo conglomerado se formaba por la escala Problemas de conducta de la REHAB (Puntuación Alta), Conducta problema HoNOS (Puntuación Alta), Puntuación Total HoNOS (Puntuación Alta), el tercer conglomerado se configuraba con las escalas de Problemas sociales de la HoNOS (Puntuación baja), la Puntuación Total de la HoNOS (Puntuación baja), Actividad Social REHAB (Puntuación baja) y por último, en el cuarto conglomerado las variables de agrupación serían la Conducta problema de HoNOS (Puntuación Alta), Deterioro de HoNOS (Puntuación Baja), Habilidades de Comunicación de la REHAB (Puntuación Baja).

Veamos con un poco más de detalle las características de los conglomerados que se pueden visualizar los resultados en la Tabla 1 las características demográficas de los conglomerados el número de ingresos previo, la escala Visual analógica de conciencia de enfermedad y la aceptación de la administración de medicación y en la Tabla 2 el análisis de la variancia de las subescalas para cada uno de los grupos.

**Características del Conglomerado 1** (Usuarios candidatos a la Unidad o Servicio de Atención y Tratamiento Psicosocial. N = 228)

- **Variables de agrupación:** Estas mostrarían que compartirían de manera común la presencia de un deterioro físico y/o cognitivo, con un discurso incoherente, puntuaciones de poca autonomía general y necesidad de soporte para ser autónomos.
- **Nivel Funcional general:** Individuos dependientes (Puntuación Total REHAB), con poca capacidad de funcionamiento autónomo y que muestran la necesidad de soporte para mantener las actividades de la vida diaria.
- **Discapacidades más relevantes:** Deterioro físico y cognitivo, con problemas en la comunicación, atribuible en la mayoría de los casos a un discurso incoherente. Es necesario el soporte de otras personas para ser autónomos.
- **Variables clínicas:** No tienen conciencia de trastorno, a pesar de que un 83.3% del grupo acepte tomarse la medicación cuando se le administra. Resaltar que es el grupo que tiene menor prescripción de fármacos antidepresivos. Respecto a las otras variables destacaban en la inexistencia de problemas de conducta, aunque establecen pocas relaciones con los demás, debido en parte a que presentaban un déficit en las habilidades sociales.
- **Actividades:** Respecto a la participación en las actividades, no participan de manera espontánea necesitando motivación e incentivarlos para que participen de ellas. No obstante la mayoría de usuarios participa en la rutina hospitalaria relacionada con actividades de autonomía básicas.
- **Expectativas de tratamiento:** En el 88 % de los casos, los profesionales que les trataban pensaban en la unidad de larga estancia como eje de su tratamiento y lugar de residencia en el próximo año.
- **Familia:** Alta problemática familiar, aunque se interesaban por el usuario y por su situación.
- **Variables Sociales:** Más de la mitad de ellos (63.2 % del grupo) tienen un ingreso involuntario, y un 33 % de este grupo están incapacitados legalmente, siendo la fuente de ingresos primaria en el 52 % del grupo es una prestación de pensión no contributiva (PNC)

**Características del Conglomerado 2** (Usuarios del programa de pacientes que están en un estado de descompensación permanente en la Unidad Hospitalaria de Rehabilitación Intensiva. N = 120).

- **Variables de agrupación:** Este grupo se caracterizaría por la presencia de problemas de conducta dentro de un deterioro generalizado. Necesitarían un soporte para llevar una vida mínima autónoma. Serían usuario de alta dependencia psiquiátrica.
- **Nivel Funcional general:** Individuos de alta dependencia psiquiátrica (importante necesidad de soporte y supervisión), presentan un elevado deterioro global, necesitando una intensa necesidad de soporte para alcanzar unos niveles aceptables de autocuidado personal, y una supervisión continuada de las actividades de la vida diaria básicas (higiene, vestimenta, alimentación y cuidado del entorno).
- **Discapacidades más relevantes:** Este grupo se caracterizaba por presentar alteraciones conductuales. Dentro de estas, la agresividad era una de las alteraciones más importante, con una frecuencia del 45% (55) durante el último mes, y de manera repetitiva durante la última semana en un 28.5%. No obstante, la más frecuente era la hostilidad verbal en forma de gritos que se daba en un 70% de las personas que formaban este grupo, y la menos frecuente, un 15% (19), eran la autoagresividad en forma de autolesiones. Otras discapacidades que caracterizaban a este grupo eran la pérdida de las relaciones con los demás, donde la iniciativa de la interacción depende de los demás.
- **Variables clínicas:** La mayoría de los usuarios no presentaban conciencia de trastorno, pero más de la mitad (un 62,2% de 120) se le daba la medicación de manera supervisada y se la tomaban sin problemas ni conflictos, aunque un 32.7% se observaban problemas en la continuidad de la toma del tratamiento farmacológico. Este era el grupo que tenía prescrita más medicación ansiolítica, estabilizadores del estado de ánimo, antiépiléptica y orgánica.
- **Actividades:** El 54.2% participan en programas de Actividades de la vida Diaria. No obstante, lo destacable es que es uno de los grupos que se beneficia menos de las intervenciones que podemos considerar de rehabilitación (rehabilitación cognitiva, habilidades sociales, programa ocio y tiempo libre) en comparación con el resto de los grupos.
- **Expectativas de tratamiento:** En el 95.8% de los casos se pensaba en la MILLE como lugar de residencia y eje del tratamiento en el siguiente año.
- **Familia:** 65% de las personas presentaban problemas graves a nivel familiar. Sólo un 13,6% de sujetos la familia se interesa por ellos de manera cooperativa.
- **Variables Sociales:** Un 32.5% está incapacitado legalmente, y en un 58.3% presentaban un ingreso de tipo involuntario. Los ingresos de más de la mitad de este grupo era una Pensión No Contributiva (el 50.4 %)

**Características del Conglomerado 3** (Usuarios del programa de reinserción comunitaria de la Unidad Hospitalaria de Rehabilitación Intensiva. N = 236)

- **Variables de agrupación:** Les características que comparten los sujetos que pertenecían a este conglomo-

merado, serían poco impacto de la enfermedad mental en la vida del individuo. Tienen habilidades generales para mantenerse independientes, no tienen problemas de vivienda ni de acceso a los recursos de rehabilitación. Por último, conserven unas buenas relaciones con los demás y actividades de tipo social dentro del hospital.

- **Nivel Funcional general:** Individuos autónomos, con un nivel adecuado de autonomía en distintas áreas de la vida diaria. Presencia de un leve deterioro psicosocial.
- **Discapacidades más relevantes:** Preservan las habilidades necesarias para ser autónomos en un ambiente hospitalario. Necesitarían procedimientos que garanticen la generalización de estas conductas y de las habilidades sociales a la comunidad.
- **Variables clínicas:** Sólo un 40% tienen puntuaciones menores a 50 en la escala de EEAG Clínica. Tienen mayor conciencia de tener un trastorno psiquiátrico, con buena aceptación del tratamiento farmacológico. Resaltar que es el grupo que tiene un menor porcentaje de medicación antipsicótica por vía intramuscular prescrita (19.5%).
- **Actividades:** En este grupo el repertorio de actividades es mayor y más variado, no sólo participan en actividades hospitalarias, sino que al mismo tiempo lo hacen en actividades fuera del hospital en dispositivos comunitarios. Destacamos que dentro del hospital participaban de manera simultánea en un 38.6% en Actividades de la Vida Diaria, un 38.1% participaba en actividades lúdicas y de entretenimiento. Por otro lado un 26.5% participaban en talleres ocupacionales, un 5.5% asistían de manera regular al Centro de Rehabilitación Psicosocial. **En lo que entendemos por programas de Rehabilitación Psicosocial** sólo un 31.4% de ellos participaban en programas de rehabilitación psicosocial con actividades múltiples (AVD, Rehabilitación cognitiva, habilidades sociales, grupos de psicoeducación, actividades de ocio y tiempo libre, reinserción laboral). El resto lo podemos entender como participación de **actividades de contenido rehabilitador**, donde destacamos que un 31.4% participaban en grupos de habilidades sociales, un 32.2% participaba en programas de ocio y tiempo libre, un 24.2% participaban en grupos de tipo psicoeducativo.
- **Expectativas de tratamiento:** A pesar de que en un 56.8% de los usuarios se mantenían expectativas de tratamiento en las unidades hospitalarias de media y larga estancia, en el resto de las personas del grupo había expectativas de poder ir a vivir fuera del hospital en el periodo de un año. Se pensaba que un 23.% usuarios pudieran ir a una residencia, un 7.2 % a un piso protegido y 6.2 % ir a residir con la familia.
- **Familia:** Un tercio (38.2%) está muy involucrada, aunque un pequeño grupo de familiares no se interesan por el usuario (18,4 %).
- **Variables sociales:** En lo que concierne al tipo de ingresos en un 53.8 % tenían un ingreso involuntario, y en un 80 % no estaban incapacitados legal-

mente. Por último, el tipo de ingresos económicos era en forma de pensión en el 90 % del grupos, siendo con 54.9 % la Pensión No contributiva (PNC) la más frecuente.

**Características del Conglomerado 4** (Usuarios que estarían en la Unidad Hospitalaria de Rehabilitación y se enmarcarían dentro del programa para aquellos con problemas en el control de los impulsos y conductas disruptivas. N = 247)

- **Variables de agrupación:** Las características comunes de asociación serían problemas con el control de los impulsos y los tóxicos, sin la presencia de un deterioro físico ni cognitivo, con habilidades comunicativas preservadas.
- **Nivel Funcional general:** Preservan parte de las habilidades necesarias para un funcionamiento autónomo, aunque necesitan una generalización de esas habilidades para garantizar este funcionamiento en la comunidad. La escala REHAB nos indicaría que serían Semiautónomos.
- **Discapacidades más relevantes:** Problemas en el área de control de los impulsos y presencia de consumo de tóxicos que interfieren en la autonomía. No se observaba un deterioro físico ni cognitivo, además las habilidades de comunicación estaban intactas. No obstante, se caracterizan por problemas graves en sus relaciones interpersonales que tienen un alto grado de conflictividad.
- **Variables clínicas:** Tienen una conciencia relativa de que tienen un problema psiquiátrico. Presentan problemas relacionados con el consumo de alcohol y tóxicos. Es el grupo que presenta síntomas psicóticos y depresivos graves y el mayor porcentaje de comorbilidad psiquiátrica. A pesar de preservar las actividades de la Vida Diaria, se detectan problemas en la gestión instrumental y organización de las AVD. Es el grupo que tiene la mayor frecuencia de prescripción de antipsicóticos atípicos (56% del grupo) y antidepresivos (17% del grupo).
- **Actividades:** Más de la mitad los usuarios participaban en actividades de rehabilitación dentro del hospital, preferentemente en programas de Actividades de la Vida Diaria, Actividades de ocio y tiempo libre; y terapias de grupo. Destacar que una tercera parte de los usuarios realizaban actividades de rehabilitación fuera del hospital, ya fuera en centros de día, talleres ocupacionales o centros de inserción laboral.
- **Expectativas de tratamiento:** En un 79.4% de ellos se esperaba que estuvieran en el próximo año en la Unidad de Larga Estancia, y sólo en un 14.6% usuarios se esperaba que pudieran ir a residir a una residencia.
- **Familia:** Un 37.1% de las familias están muy implicadas con el familiar participando de los programas, aunque en un 12.5% no se interesan por ellos.
- **Sociales:** Un 75% no está incapacitado, aunque un 56.3% tiene un ingreso involuntario. Respecto al soporte económico un 52.7% sus ingresos dependen de una Pensión No Contributiva.

TABLA 1. Estudio CatSalut. Descriptivos y algunas variables clínicas de los conglomerados

		1 (n=228)	2 (n=120)	3 (n=236)	4 (n=247)
<b>Edad</b>		50.71 (9.35)	47.53 (9.28)	47.29 (10.83)	46.10 (10.23)
<b>Sexo</b>	Hombres	170 (74.6 %)	75 (62.5%)	166 (70.3%)	169 (68.4%)
	Mujeres	58 (25.4%)	45 (37.5%)	70 (29.7%)	78 (31.6%)
<b>Estado civil</b>	Soltero	86.6	83.1	83.4	86.4
	Casado	5.4	6.8	5.1	4.1
	Separado	6.3	8.5	9.4	8.6
	Viudo/a	1.8	1.7	2.1	0.5
<b>Años Hospitalización</b>		14.56 (12.03)	11.93 (15.30)	10.25 (11.85)	9.38 (10.54)
<b>Diagnósticos TMS</b>	Si	220 (96.5 %)	117 (97.5 %)	228 (96.6%)	245 (99.2%)
<b>Evolución 2 años</b>	Si	220 (96.5 %)	117 (97.5 %)	228 (96.6%)	245 (99.2%)
<b>EEAG &lt; 50</b>	Si	216 (94.7) %	115 (95.8 %)	132 (55.9%)	228 (92.3%)
<b>Ingresos previos</b>	0	23.5	14.4	15.7	10.5
	1 a 2	28.8	22.9	22.6	18.6
	3 a 5	21.7	24.6	28.1	26.3
	6 a 10	13.7	18.6	16.2	19.4
	> 10	11.9	19.5	17.4	25.1
<b>Conciencia Enfermedad</b>		1.5 (2.45)	1.81 (2.7)	4.80 (3.33)	3.54 (3.39)
<b>Toma Medicación</b>	Automedicación, correcta	.9	0	20.3	7.7
	Automedicación, irregular	1.8	.8	2.1	1.6
	Se le da sin problemas	83.3	62.2	68.2	68.3
	Se le da con problemas	5.7	23.5	4.2	11.8
	Rechaza la medicación	2.6	9.2	.8	6.5

Nota:

**Edad**  $F = 8.16; p < .000$  Duncan: 1 > 2 = 3 = 4  
**Años Hospitalización**  $F = 8.23; p < .000$  Duncan: 1 > 3; 1 > 4  
**Ingresos previos en la institución**  $\chi^2; r = 36.39$   $gl = 15, p < 0,001$   
**Conciencia Enfermedad**  $F = 50.64$   $p < .0001$  Duncan: 3 > 4 > 2 = 1  
**Porcentaje de toma de medicación en función de los cuatro grupos**  $\chi^2; r = 128.10$   $gl = 15, p < 0,001$

TABLA 2. Estudio CatSalut: Análisis de la variancia de las escalas HoNOS, EEAG-Funcional y REHAB en función de los 4 grupos

Conglomerados		1	2	3	4		
N		228	120	236	247		
		m d.s.	m d.s.	m d.s.	m d.s.	F (3)*	Duncan
Escala	Problemas Conducta	1.10 (1.20)	3.85 (2.28)	.88 (1.28)	2.85 (1.97)	128.29	2 > 4 > 1 = 3
	Detenido	3.39 (1.47)	4.03 (1.35)	1.75 (1.31)	2.72 (1.34)	91.94	2 > 1 > 4 > 3
	Síntomas	3.49 (1.81)	5.80 (2.06)	2.50 (1.78)	5.00 (1.88)	118.25	2 > 4 > 1 > 3
	Problemas Sociales	10.07 (2.14)	11.68 (2.25)	6.51 (2.25)	9.10 (1.69)	200.67	2 > 1 > 4 > 3
	<b>Total</b>	18.06 (3.3)	25.36 (4.37)	11.66 (3.62)	19.44 (3.49)	420.63	2 > 4 > 1 > 3
EEAG	<b>Funcional</b>	29.07 (9.38)	20.58 (11.37)	52.27 (13.06)	37.72 (11.42)	288.92	3 > 4 > 1 > 2
REHAB	Conductas Problema	1.26 (1.31)	4.46 (2.66)	.59 (1.02)	1.77 (1.88)	146.07	2 > 4 > 1 > 3
	Actividad Social	28.41 (5.82)	30.92 (5.28)	13.47 (7.74)	19.69 (6.75)	283.55	2 > 1 > 4 > 3
	Habilidades Comunicación	11.45 (3.81)	11.54 (4.71)	3.54 (3.62)	5.61 (3.72)	223.12	2 = 1 > 4 > 3
	Discurso Alterado	8.03 (4.15)	11.33 (4.70)	2.44 (2.55)	4.47 (2.90)	214.52	2 > 1 > 4 > 3
	Autocuidado	27.64 (9.40)	35.72 (9.51)	9.51 (7.10)	17.65 (8.42)	320.27	2 > 1 > 4 > 3
	Actividades Comunitarias	14.06 (3.23)	16.04 (2.58)	6.83 (4.11)	8.83 (3.85)	262.60	2 > 1 > 4 > 3
	<b>Rehab General</b>	96.31 (16.37)	113.56 (18.11)	39.08 (17.51)	61.06 (14.70)	768.45	2 > 1 > 4 > 3

\* Todas las escalas tienen una F con un nivel de significación  $p < .0001$



Cuáles son las necesidades de evaluación que se derivan de lo anteriormente expuesto, apuntando que tanto los cuatro grupos como las características que hemos descrito se mantenían cuando analizábamos aquellas personas que llevaban menos de cinco años ingresados<sup>76</sup>; lo cual es un indicador de la existencia en la esquizofrenia y otros trastornos graves de evoluciones crónicas y cursan con un grave deterioro psicosocial. ¿Qué áreas merecen especial atención de evaluar y como estas se incluyen en el PIR?

#### 4. Aspectos básicos y recomendaciones de la Evaluación en Unidades de Rehabilitación Hospitalarias

En el punto 2, describimos los objetivos generales de las unidades de rehabilitación hospitalaria. De ellos se derivan los objetivos específicos, (a) la estabilización psicopatológica, (b) la contención conductual, (c) la adecuación conductual, (d) la rehabilitación de déficit, (e) la coordinación con el entorno socio-comunitario de origen durante el ingreso, (f) la modificación del entorno socio-comunitario de origen de cara al alta. Estos objetivos por sí mismos, ya nos marcan la evaluación en tres niveles, unos harían referencia a condiciones de ingreso y los restantes serían variables del paciente a evaluar. El primer nivel se relacionaría con el **marco del ingreso** que hace referencia a las características del ingreso (voluntariedad vs. involuntariedad, grado de hospitalismo), objetivos previos pactados con el sector, expectativas de la familia al ingreso y expectativas al alta hospitalaria (integración en recursos comunitarios, véase centro de rehabilitación psicosocial, centro ocupacional) y el ambiente hospitalario donde se produce la rehabilitación. Un segundo nivel se relacionaría con la realización del Programa Individualizado de Rehabilitación que implicaría a) **evaluación lo más específica posible de la enfermedad** (síntomas y funciones cognitivas, conciencia de enfermedad, manejo de los síntomas y de las recaídas, impulsividad y consumo de sustancias, e idoneidad de la Terapia Cognitiva de las alucinaciones y delirios), b) **la evaluación funcional de déficits y habilidades preservadas** en áreas de las Actividades de la Vida Diaria Básicas o Autocuidado, Actividades de la Vida Diaria Instrumentales (Manejo del Dinero, y habilidades domésticas), Habilidades Sociales Básicas y de Comunicación, relaciones interpersonales y sociales) que permitirían o no una vida independiente. Y por último, si se define la URH como una oportunidad para la observación del repertorio conductual del sujeto, será necesario hacer referencia a la **metodología de evaluación** de las conductas diana a observar u medir. Esto implica decidir qué conductas diana se observan, como se registrará la conducta, con qué frecuencia se registrará y quién la registrará; y el manejo clínico que se hará de estas conductas diana.

##### 4.1. Las características y el marco de ingreso

###### 4.1.1. La Evaluación de la Aceptación del Ingreso y Motivación para el tratamiento Hospitalario

El contexto en el que se desarrolla el ingreso en Unidades de Rehabilitación Hospitalaria es un elemento

clave para desarrollar programas de rehabilitación y que en cierta medida va a condicionar la temporalidad del ingreso. Los tipos de contextos que con mayor frecuencia que se encuentran en las unidades de rehabilitación hospitalarias: (a) No adherencia a los programas de rehabilitación comunitaria que conlleva fracaso en las alternativas de reinserción comunitaria. La tipología más común son los trastornos psicóticos jóvenes, con presencia de patología dual, donde la enfermedad mental es vivida como un estigma (b) Fracaso en los distintos intentos de rehabilitación psicosocial comunitaria, con presencia cada vez más de cronicidad y deterioro global; (c) Familias desbordadas por el caso, familias quemadas o con «burn-out», o necesidad de un descanso familiar; (d) Cuando los equipos de Salud Mental Comunitarios no pueden hacer frente a las intensas o frecuentes demandas, cuando faltan los recursos o por excesiva complejidad de los casos. Todo ello les limita en la capacidad de respuesta ya sea por agotamiento, o por imposibilidad de encontrar una alternativa comunitaria.

Cada uno de estos contextos implica la realización de un trabajo de concienciación para la aceptación del ingreso en cuatro niveles, el usuario, la familia, los profesionales implicados en el tratamiento comunitario y el equipo hospitalario de rehabilitación. Este trabajo de concienciación implica que estos cuatro niveles conozcan (a) los motivos claros de ingreso, (b) la existencia de consenso entre paciente y profesionales referentes comunitarios de los objetivos del ingreso y, (c) las expectativas realistas y específicas de los objetivos a conseguir previos al proceso de alta hospitalaria.

La Evaluación de la aceptación del ingreso no empieza en el momento que ingresa el paciente en la Unidad, sino que es previo, y empieza con la presentación del caso a los profesionales de la unidad hospitalaria y la realización del informe de derivación a la URH. Este trabajo continua con la concienciación del usuario que va a ingresar por parte de los profesionales comunitarios de referencia, cristaliza con la aceptación del ingreso en la URH de manera voluntaria, pero no finaliza hasta que el paciente una vez evaluado en rehabilitación se implica de manera activa en el tratamiento hospitalario de rehabilitación. Es importante para facilitar la aceptación del ingreso del usuario a la URH, que exista un protocolo de acogida que tenga con el objetivo para paliar la ansiedad y desconcierto que supone un ingreso en una unidad de hospitalización y permita una adaptación al entorno, a la dinámica y a las normas de la unidad. Durante los primeros días se intentará facilitar esta adaptación, se empezará el proceso de evaluación, y se intentará motivar al paciente para involucrarse en el tratamiento mediante el refuerzo de la conductas de autonomía y autocontrol que muestre el paciente.

No obstante hay variables que pueden lastrar la aceptación del ingreso hospitalario, una de estas es cuando se produce un ingreso involuntario en la unidad de rehabilitación. Hecho frecuente, hasta un 50% tenían un ingreso involuntario, según se desprende del estudio de Catsalut presentado en el apartado anterior. Aunque es recomendable intentar trabajar con ingresos voluntarios, en el que el propio usuario acepte la medida del internamiento, para poder mejorar y trabajar algunos aspectos de su tratamiento y posteriormente, regresar a la comunidad, es evidente que el ingreso involuntario, realizado como medida de protección, seguridad y de garantizar sus derechos es

efectivo en momentos de descompensación, situaciones de aislamiento social extremo (p. ej. Permanecer encerrado sin salir de casa durante un año sin aceptar el tratamiento). No obstante, a medida que la mejoría psicopatológica y de funcionamiento del sujeto es obvia, se debe de trabajar el paso de un ingreso involuntario a un ingreso voluntario, donde el usuario vaya aceptando la responsabilidad del tratamiento y la confirmación de que él es el eje de su propio cambio. Si no es así puede producirse el riesgo de hospitalismo<sup>83</sup>, que aunque etimológicamente es un perjuicio ocasionado al enfermo por la permanencia en hospitales, hospicios, asilos, etc., al verse privado del contacto familiar. Es obvio que el hospitalismo no sólo se puede dar en personas que tienen un ingreso involuntario, si no que es un riesgo para aquellas personas que deben ingresar en una unidad de rehabilitación, y que por factores asociados a la enfermedad mental tales como el estigma, el fracaso en la vida autónoma, aislamiento social, deterioro psicosocial grave, pueden llevar a la personas a tener creencias de no ser capaces de ser autónomos si no tienen el soporte del hospital, al proporcionarles de manera transitoria un espacio donde se alivia el sufrimiento y se puede apreciar el bienestar de los cuidados que proporciona la URH.

#### 4.1.2. El ambiente del ingreso (Relación personal, emoción expresada)

No podemos olvidar que la evaluación en una unidad hospitalaria es realizada por los diferentes profesionales que trabajan en ella: Auxiliares de enfermería, enfermeros, psiquiatras, psicólogos y otros diplomados (terapeutas ocupacionales, educadores sociales...). En la transformación de los hospitales psiquiátricos en unidades de rehabilitación, hemos de abordar el problema de la cronificación de los diferentes profesionales que trabajan en estos lugares<sup>84</sup>. La formación, el reciclaje y el cambio de actitudes será fundamental para que el proceso de rehabilitación tenga lugar. Hemos de recordar que las expectativas de los profesionales hacia un usuario, es un factor decisivo para que dicho cambio se produzca.

Se han realizado estudios en unidades de media y larga estancia de los hospitales psiquiátricos, en los que se ha valorado la emoción expresada del personal cuidador (auxiliares y enfermería). Un grupo de psicólogos, liderado por E. Kuipers ha investigado el fenómeno de EE en el ámbito asistencial. El personal y familiares comparten el impacto de muchas alteraciones conductuales del paciente, pero al contrario que las familias, el personal tiene días de descanso, vacaciones (Kuipers 1992). En otro estudio de los mismos autores<sup>85</sup>, estudiaron al personal que trabajaba en dispositivos con pacientes psiquiátricos da larga estancia. Se utilizó una versión modificada de la entrevista familiar de Camberwell<sup>85</sup>, una vez comparados los 2 grupos, aparecían diferencias significativas en el manejo de los pacientes y en el estilo de interacción que cada miembro del personal exhibía. El personal con bajos niveles de EE realiza menos comentarios negativos en las interacciones con los pacientes que los que mostraban niveles altos de EE, mientras que hacían mayores comentarios de autoafirmación, centrándose en los aspectos positivos de la vida del paciente sin expresar sentimientos negativos hacia

el mismo. Los pacientes cuyo personal cuidador pertenecía al grupo de niveles elevados de EE, habían experimentado un mayor nivel de sintomatología positiva que aquellos pacientes a cargo de trabajadores con bajo nivel de EE.

El entrenamiento del personal en el manejo adecuado de los síntomas de los pacientes puede ayudar a la evolución<sup>86</sup>. Las relaciones con **bajo nivel de EE** se caracterizan por lo siguiente (a) El personal identificaba las necesidades de los pacientes para conseguir la mayor independencia posible y reconocían que, en muchos casos, los pacientes estaban luchando por mantener ellos mismos un mínimo nivel de rendimiento en las habilidades de la vida cotidiana. (b) Por otro lado, el personal con bajos niveles de emoción expresada parecía sentirse cómodo con la idea de ofrecer apoyo de una forma optimista durante largos períodos de tiempo y, lo más importante, al ritmo que marcaba el paciente; y (c) además, en muchos casos y dentro del nivel bajo de EE, el esfuerzo del personal no era necesariamente premiado. Sin embargo, el personal caracterizado por **altos niveles de EE** aunque animaba a los pacientes (a) era menos tolerante y acababa con una sensación de frustración en muchos casos y (b) se apreciaba una tendencia a ignorar el punto de vista del paciente sobre los problemas tratados.

Todo ello, nos lleva a la conclusión que se habrán de realizar programas de formación y reciclaje, para poder asegurar intervenciones rehabilitadoras en estas unidades hospitalarias.

#### 4.2. El Proyecto Individualizado de Rehabilitación: Especificaciones en una URH

El PIR es la herramienta básica de la rehabilitación psicosocial. En la Figura se pueden observar las áreas que se recogerán en el PIR, y las capacidades a observar en dirección del deterioro psicosocial<sup>87,88,89</sup>.

FIGURA 2. Áreas del PIR y discapacidades a evaluar

1. Funcionamiento cognitivo: dificultades de atención, concentración memoria, procesamiento de información y organización y planificación de la conducta.
2. Conciencia de Enfermedad (poca) y problemas con el manejo de la enfermedad.
3. Autocuidados: falta de higiene personal, y problemas en el área del vestir, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables.
4. Autonomía: deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, nula utilización del ocio y tiempo libre, dependencia económica y mal desempeño laboral.
5. Afrontamiento y autocontrol: incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal, ansiedad ante la ejecución de tareas.
6. Relaciones Interpersonales: falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales y comunicación.
7. Ocio y tiempo libre: aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés.

Aunque no profundizaremos en la realización del PIR, al que se le dedica un capítulo de este libro, sí que queremos resaltar las particularidades que nos proporciona el marco del ingreso hospitalario en la elaboración del mismo, y por este motivo nos centraremos en aquellos aspectos relacionados con la evaluación en un contexto hospitalario, requisito necesario para su realización. Un elemento distintivo de la URH es que la evaluación es multidimensional (distintas áreas del deterioro psicosocial) y multifactorial (sujeto, familia, entorno social, entorno hospitalario). En una unidad de hospitalización<sup>90</sup>, en el que es básico el funcionamiento en equipo multidisciplinar, la recogida de información para la elaboración del PIR la realizan los distintos profesionales del equipo de rehabilitación que estén implicados en el seguimiento del caso, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, auxiliares, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, etc. Cada profesional aportará un parte de la información, por lo tanto la coordinación y el funcionamiento en equipo será imprescindible para obtener una evaluación completa del usuario.

La participación de distintos profesionales implica que existan distintos sistemas de recogida de información (registros, escalas, informes) y de evaluación (auto-registros, escalas, cuestionarios, tests y entrevistas). Esta evaluación debe estar organizada y es imprescindible que estén claramente definidos cuáles son los procedimientos a seguir para evaluar cada área del PIR. Además, la URH como lugar idóneo para observación de la conducta deberá crear y elaborar registros conductuales de aquellas áreas donde quiera realizar observaciones sistemáticas. Para ello, será necesario definir los criterios operacionales de las conductas objetivo a registrar, intervalos de registro, frecuencias y el matching (cuando y quien) las realizará.

De manera más específica, en lo que concierne a las hojas de registros, reseñar que la información del día a día debe ir más allá del registro de incidencias clásico y tiene que hacer hincapié no solo en la repercusión de la sintomatología psiquiátrica en el individuo, la toma de medicación en las alteraciones conductuales, debe fijarse en el funcionalismo, en el repertorio conductual y actividades que muestra en función de las restricciones o condiciones de ingreso. Esto implicará tener distintos tipos de registros: incidencias, control de tóxicos y problemas conductuales, asistencia a las actividades, cumplimiento (actitud y compromiso) de las actividades, autocuidados, salidas, visitas, etc. A modo de ejemplo, una buena guía para la creación de registros del funcionamiento del usuario va a ser utilizar los apartados de la Escala Rehab o HoNOS, que en el siguiente apartado veremos. En todas ellas es importante especificar el grado de soporte necesario para cada una de las áreas a evaluar. A modo de ejemplo, en el área de la ducha, existen diferencias entre el acordarse o no acordarse de que uno se tiene que duchar tres veces a la semana, y del día que debe de ducharse. Además es distinto si realiza este autocuidado sin ningún problema, o se olvida de limpiarse alguna parte del cuerpo por dificultades en la secuenciación de las distintas partes del cuerpo durante la ducha o ser dependiente en el área de la ducha. El grado de intervención será distinto en cada uno de ellos.

Por último tres sugerencias importantes, la organización de la URH, con sus consiguientes programas donde se realizan asambleas, actividades grupales de autocuidado y psicoeducación, talleres y actividades de ocio, debe de

permitir evaluar las conductas que se dan por exceso y por defecto, que posteriormente nos indicaran las discapacidades y las habilidades preservadas. En segundo lugar, es recomendable que el equipo de la unidad mantenga una actitud de observación conductual, ya que no sólo los referentes del caso (psiquiatra, psicólogo, enfermería, auxiliares de enfermería, trabajo social, terapeuta ocupacional y educador social), pueden aportar información relevante, sino otros miembros no asistenciales de la URH o de otras unidades pueden aportar información que puede ser será relevante y esta información debe integrarse en el área de competencias y debe utilizarse en función de la representatividad del área evaluada. En tercer lugar, hay dos niveles de evaluación, un nivel general y global del deterioro psicosocial que nos indicaría cómo esta aquella persona en cada área que recoge el PIR, sería el símil de una radiografía donde de manera estática veríamos lo que ocurre; y otro nivel más molecular, más dinámico que sería evaluar la conducta del individuo en el día a día de la unidad en función de las metas asignadas y tareas durante la semana, o quincena. Esta evaluación sería continuada basada en el feedback y ayuda a plantear nuevas metas. Es importante para este nivel delimitar qué conductas o habilidades hay que registrar y medir.

Vayamos a comentar los aspectos relevantes de la evaluación de estas áreas en la URH, y qué aspectos de la observación de la conducta son relevantes en cada área, pero antes una aclaración, es conveniente tener en cuenta el criterio de individualización de la evaluación, y que el uso de escalas, cuestionarios y test que se utilicen en la evaluación deben de estar validados a nuestro entorno, este criterio es el que utilizamos en su elección y recomendaciones.

**VARIABLES HISTORIA CLÍNICA:** En la *anamnesis* se recoge información de la historia clínica respecto de la historia de la enfermedad, ingresos previos, antecedentes personales y familiares, enfermedades somáticas y riesgos específicos previos (suicidio, agresión, consumo de sustancias, conflictos justicia). **En el área sintomática** se identificarán los síntomas positivos, negativos, y desorganizados del deterioro observado en el área cognitiva y el impacto de estos síntomas en el funcionalismo. Es recomendable ir más allá de la observación clínica y exploración psicopatológica, y utilizar cuestionarios como el BPRS (Overall y Gorham, 1962)<sup>91</sup> o entrevistas estructuradas como la PANS (Kay, Fiszbein, Opler, 1987)<sup>92</sup> para la objetivación de los síntomas. Para más información acerca de la evaluación psicopatológica consultar el capítulo 7 de este libro.

Un elemento interesante de incorporar en la evaluación sintomática son aquellas escalas que evalúan los elementos subjetivos y experienciales relacionados con la psicosis, al ser una herramienta útil que facilita el enganche con el paciente psicótico. De entre otras destacamos, **El Cuestionario de Creencias sobre las Voces (Chadwick, Lees y Birchwood, 2000)**<sup>93</sup>: que consta de tres escalas para medir creencias sobre las voces (Malevolencia, Benevolencia, Omnipotencia) y dos escalas para medir afrontamiento conductual (5 ítems) y emocional (4 ítem) y las consecuencias. **La Escala de Creencias Evaluativas (Chadwick y Birchwood, 1995)**<sup>94</sup> que evalúa las creencias (valor, fracasado, inferioridad y simpatía) de uno mismo y los demás, y **Cuestionario sobre Creencias**



**Personales (PBIQ, Birchwood, Mason, MacMillan y Healy 1993)**<sup>95</sup> que permite obtener las creencias personales del paciente sobre su enfermedad a través de cinco escalas: control sobre la enfermedad, yo como enfermedad, expectativas, estigma y contención social. Estas escalas surgen de la aplicación de los modelos de terapia cognitiva a la psicosis<sup>96-104</sup>. En la actualidad existe la suficiente evidencia empírica de la efectividad de las intervenciones de terapia cognitivo conductual como para plantearse su aplicación en unidades hospitalarias donde el paciente va a estar ingresado durante un periodo prolongado. Las indicaciones de terapia cognitivo conductual se deberían realizar en los siguientes casos a) pacientes con síntomas positivos que afectan al funcionalismo de la persona b) pacientes con síntomas psicóticos positivos que tienen una respuesta parcial al tratamiento antipsicótico y con afectación su funcionamiento autónomo c) pacientes con problemas de conciencia de enfermedad, donde los planteamientos psicoeducativos han fracasado, y se han producido recidivas psicóticas frecuentes. No obstante, un requisito necesario para la aplicación de la terapia cognitivo conductual en la URH, es que el personal esté formado en las características de la TCC, explicando claramente los principios de normalización de la psicosis y como su aplicación modifica el manejo del paciente psicótico hospitalizado.

**La comorbilidad** o presencia concomitante de dos trastornos mentales es algo frecuente en la esquizofrenia y trastornos asociados. En el estudio de CatSalut, el grupo 2 y 4 se caracterizaba por la presencia de una alta comorbilidad, depresión y consumo de sustancias. Por ello se recomienda, una evaluación específica en función de la patología comorbida, un cribaje para la detección del abuso de sustancias y un estudio de la personalidad para detectar la presencia de un trastorno de la personalidad y/o rasgos desadaptativos de personalidad.

Otro aspecto importante en la evaluación y no hay que obviar es la valoración del **funcionamiento cognitivo** de las personas afectadas con una enfermedad mental crónica. El ingreso en una URH por un periodo de tiempo largo debe permitir realizar una exploración neuropsicológica que debería individualizarse en función de los déficits observados en la exploración. Las investigaciones nos indican la necesidad de valorar los déficits atencionales, de memoria (corto vs. Largo plazo) y de organización y planificación de la conducta o función ejecutiva. Para su evaluación, tenemos escalas que pueden considerarse una primera aproximación como es el Mini-Examen Cognoscitivo<sup>105</sup>, que puede administrar con un correcto entrenamiento el personal de enfermería. También pueden utilizarse escalas más generales como la escala de inteligencia y memoria de Weschler<sup>106</sup> (WAIS-III y EMW, respectivamente) o baterías neuropsicológicas integradas como el Test Barcelona<sup>107</sup>, el Wisconsin Card Sorting Test<sup>108</sup> o la Torre de Hanoi para la función ejecutiva y el CPT para los déficits atencionales<sup>109</sup>. No obstante, no siempre es posible administrar todas estas pruebas, aunque es recomendable tener una primera aproximación psicométrica de las funciones cognitivas básicas: atención, memoria, inteligencia, praxis y capacidad aprendizaje. Para ello, es habitual escoger entre una serie de escalas y realizarse una batería que se ajuste a las necesidades de tiempo y de fiabilidad y que es útil como primera aproximación psicométrica de información obtenida. Una bate-

ría de pruebas con resultados adaptados a nuestro medio al estar formada por pruebas no complejas, fáciles de administrar y aplicar, tiempo razonable de administración, y se obtiene información necesaria para delimitar el funcionamiento cognitivo de una persona afectada de una enfermedad mental<sup>110</sup>.

La conciencia de enfermedad, adherencia al tratamiento, y el manejo de la enfermedad es un aspecto básico en la evaluación en la URH. Uno de los objetivos del ingreso en una URH es la estabilidad psicopatológica, generar conciencia de enfermedad, un buen manejo de la enfermedad y una correcta adherencia a la medicación para evitar la recaída, y posteriores reingresos. Esta área que junto el autocuidado que después veremos, va a ser objeto inicial de evaluación e intervención. Aunque, una diferencia con respecto a otras áreas, es que esta evaluación va a ser monitorizada y registrada de manera continua durante todo el ingreso. En el PIR proponemos un registro de la adherencia al tratamiento y actitud respecto la medicación. Por último, si desean profundizar más en las áreas de psicopatología, aspectos cognitivos, factores de riesgo e insight se pueden consultar los Capítulos 6, 7, 8 y 9 de este libro.

La observación del comportamiento en la URH da indicadores de la psicopatología presente (p.ej. soliloquios indicador de ideas delirantes, hostilidad indicador de alucinaciones o delirios, uso de gafas de sol, auriculares con música en la unidad como indicador de alucinaciones, aislamiento y no interactuar como indicador de síntomas negativos). La observación también permite conocer el impacto de la sintomatología en el funcionamiento del sujeto de manera global sino en su día a día. También es importante identificar qué situaciones a las que se tiene que enfrentar en el programa de actividades de la URH, le incrementan la sintomatología ya sea la positiva o de ansiedad para poder intervenir terapéuticamente. A modo de ejemplo, cuando un paciente va a un taller de manualidades, y empieza a mostrar niveles de ansiedad, y se niega a realizarla. En estas situaciones es clave la respuesta empática por parte del personal, mostrando interés en lo que le ocurre, preguntando y teniendo una actitud de soporte y ayuda, reforzando los aspectos positivos de la actuación. Los olvidos frecuentes de ir a actividades, el no recordar el horario, la falta de atención cuando le hablan pueden ser indicador de problemas en área cognitiva.

**FAMILIA:** Este apartado suele ser un trabajo conjunto por parte de trabajo social y los terapeutas del caso (psiquiatra y/o psicólogo clínico) y va más allá del rol de informante de cómo está y que ha ocurrido con su familiar afectado de una enfermedad mental crónica, esta área implica identificar el grado de conocimiento de la enfermedad por parte de la familia y detección de los niveles de emoción expresada, descubrir las estrategias que utilizan para enfrentar dificultades, detectar el contacto de los miembros de la familia entre sí y con la comunidad, determinar nivel de tolerancia al estrés, el grado de colaboración familiar, demanda y expectativas de la familia respecto al usuario y al tratamiento, la situación económica de la familia, y la identificación de posibles riesgos psicosociales asociados a la familia. Se pueden utilizar cuestionarios y entrevistas estructuradas para recoger información de esta área, recomendamos siguiendo el criterio anteriormente mencionado de que estén validadas para la familia en el rol de



informante (Cuestionario Familiar Barrowclough y Tarrier 1992<sup>111</sup>, o la versión informante del SCHIZOM<sup>112</sup>), para la emoción expresada la Entrevista familiar de Camberwell (Vaugh y Leff 1976)<sup>113</sup> y para la carga familiar Escala de Evaluación de la Conducta Social (SBAS)<sup>114</sup> que nos pueden aportar información acerca de las necesidades de la familia, sus expectativas y preocupaciones.

**AUTOCUIDADO:** Esta área es una de las primeras que temporalmente se evalúa y trabaja en la URH. La aportación del personal de enfermería (diplomados de enfermería y auxiliares), nos da una información muy completa sobre la higiene, ducha aseo personal, cambio de ropa, lavado de dientes y manos. El desarrollo de registros individualizados para cada paciente, en los que se recoja información sobre el funcionamiento de cada usuario, y el grado de soporte necesario ayudan en la elaboración del PIR.

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO PERSONAL:** Este apartado se valora los aspectos relacionados con la capacidad de respuesta del individuo y sus recursos ante las demandas del medio. Es interesante no sólo recoger las estrategias de afrontamiento que utiliza para hacer frente a la enfermedad, si no cual es el estilo de afrontamiento del sujeto frente a las situaciones de estrés y conflictos. Para ello es interesante conocer si es el estilo de afrontamiento es orientado a la emoción o a centradas en el problema (Lazarus y Folkman, 1980)<sup>115</sup>. También se valorará la capacidad de autocontrol, sobretodo en situaciones de tensión, el grado de ansiedad y depresión, el manejo de la ansiedad y de otras emociones como la tristeza, tolerancia a la frustración, la de agresividad y su manejo, las estrategias utilizadas para la solución de problemas, la percepción que tiene de sí mismo (autoconcepto), el nivel de autoestima.

Existen distintas escalas para la evaluación de estas variables psicológicas, deberá de escogerse las necesarias en función de cada caso. De entre ellas destacamos, sólo aquella que son poco referenciadas y pueden ser útiles, por ejemplo el Ways of Coping<sup>116</sup> o el COPE de Carver<sup>117</sup> ambas identifican el repertorio de estrategias de afrontamiento. Para evaluar el nivel de impulsividad y hostilidad se puede utilizar la escala de Barrat<sup>118</sup>, y para el autoconcepto la escala de creencias Dysfunctional Working Models Scales<sup>119</sup>.

En la URH, es relativamente sencillo recoger información acerca de estas variables psicológicas, el grado de cumplimiento de las normas de la unidad, la actitud que el usuario muestra en las distintas actividades (participación activa-pasiva, inhibición, escape) y las estrategias que utiliza cuando aparecen dificultades o exigencias en las tareas desarrolla en las en las que participa, es el repertorio conductual a observar.

**AUTONOMIA GENERAL:** Es un área clave en evaluación de un usuario en la URH debido a que son las habilidades relacionadas con la autonomía general son las que nos indican el nivel de autonomía necesario para llevar una vida independiente en la comunidad. Habitualmente las habilidades de Actividades de la Vida Instrumental, Habilidades domésticas y el manejo de recursos de ocio y tiempo libre van a ser entrenadas en la URH. Son aquellas habilidades que van a ser clave para el

alta hospitalaria y para la derivación a recursos residenciales comunitarios.

La evaluación de esta área si es posible se recomienda realizarla en situaciones reales y en vivo (p. ej. manejo del dinero se puede evaluar en una salida al mercado) o mediante ensayos de conducta. Por este motivo se deberán crear registros de las habilidades a observar e estas situaciones. En estos registros aparte de anotar el grado de ejecución, la omisión o no utilización de conductas necesarias para una óptima ejecución, la intensidad de la ansiedad de ejecución (p. ej. en una escala de escala 0-10, donde 0 es nada angustiado-10 muy angustiado) y el grado de interferencia de esta ansiedad, y el grado de soporte que ha necesitado, también es importante registrar las estrategias que ha utilizado para organizar y planificar la situación a que enfrentarse. Por último, resaltar que es un área en la que participa el personal de enfermería, auxiliares de enfermería, terapeutas ocupacionales y educadores sociales y en el que es imprescindible delimitar los objetivos de evaluación para cada situación.

**HISTORIA LABORAL:** La información respecto la historia laboral y la autonomía económica, información recogida principalmente por trabajo social. Esta información es imprescindible para poder orientar y preparar el alta. El trabajo es una de las vías más importantes en nuestra sociedad para conseguir la integración social<sup>120</sup>, además el acceso a un lugar de trabajo permite unas mínimas garantías de poder garantizar la autonomía económica. Tal como hemos visto en el estudio CatSalut, sólo existe un porcentaje muy bajo de usuarios que estén trabajando en Centros Especiales de Trabajo y un porcentaje bajo que está preparándose en recursos de orientación. Durante la hospitalización deberemos observar que capacidades y habilidades muestra para el acceder al mundo laboral, y que necesidades formativas y de soporte va a necesitar. En el caso que existan expectativas por parte del usuario ingresado en la URH de acceder a un trabajo, se puede utilizar los logros y desempeños en las actividades de rehabilitación, y las actitudes que muestra como motivador para el cambio.

**AUTONOMÍA ECONÓMICA:** Esa área es de suma importancia, debido a que en nuestra sociedad es imprescindible poder tener una autonomía económica. Tal como hemos visto en el estudio de CatSalut un alto porcentaje de los pacientes en el estudio de estaban cobrando ayudas Pensiones No Contributivas, con las limitaciones consiguientes que se derivan. Es evidente que todo lo que implica la búsqueda de recursos y conocer como administra y gestiona el usuario sus recursos económicos el papel de trabajo social es clave. Dentro de este último aspecto, la capacidad del usuario de gestionar y administrar su dinero va ser importante a la hora de realizar el proceso de alta. En la URH el programa de ocio y tiempo libre y la gestión del tabaco (si fuma) va a aportar información importante sobre esta área.

**RELACIONES INTERPERSONALES E INTEGRACIÓN SOCIAL:** La relaciones interpersonales y la integración social son dos de los aspectos clave para las personas con enfermedades mentales graves para poder ser autónomos y vivir en la comunidad. Una de las caracterís-

ticas observadas en los estudios sobre el funcionalismo de usuarios ingresados en unidades hospitalarias que se observaban, eran la escasa interacción con los demás, déficit de habilidades sociales y la necesidad de crear un soporte social en la comunidad para poder vivir de manera autónoma.

Es difícil administrar escalas de habilidades sociales en las URH, a no ser que se integre en un programa específico y se vayan a trabajar las habilidades sociales con intervenciones más estructuradas. Recomendamos la lectura del capítulo de este libro y la bibliografía recomendada en los procedimientos del estudio de Catsalut, donde se pueden encontrar las formas de evaluación más comúnmente usadas. No obstante, a nivel observacional se puede registrar las situaciones de interacción, con quien, cómo se relaciona con los demás compañeros, con el personal. Se puede observar y anotar como se comunica, si la comunicación es a iniciativa propia o de los demás. Como es la expresión, que interpreta de las situaciones sociales (el grado de percepción social). También es fácil conocer que personas se interesan por él, que le visitan o que le llaman. Por último como aspecto clave en la URH, el personal de la unidad debe crear un entorno y atmósfera emocional que favorezca el uso de la competencia social. Para ello deben ser muy cuidadosos y mostrar en su repertorio conductual óptimas habilidades sociales, ya que actúan como un modelo conductual a seguir, dar soporte y pedir al usuario unas adecuadas habilidades sociales en función de su nivel de deterioro.

**LA ESPECIFICACIÓN DEL PIR:** Una vez recogida la información para realizar el PIR, se realizarán los objetivos generales y los objetivos específicos por áreas (Véase Anexo I), en la que participarán todos los profesionales implicados en la evaluación del usuario: Diplomado de enfermería, auxiliar referente, trabajador social, psicólogo clínico, psiquiatra. En el momento de establecer los objetivos deberemos tener en cuenta la valoración por los referentes en la URH del caso, la valoración realizada por el equipo comunitario en el informe de derivación, las necesidades y expectativas del usuario, las expectativas de la familia para poner los objetivos y los recursos disponibles, en tres niveles residencial, asistencial (centro de rehabilitación, programa continuidad de cuidados) y laboral (formación pre-laboral, centro especial de trabajo o trabajo ordinario). Pero no hay que obviar que hay que pactar y consensuar con el usuario dichos objetivos, el tiempo en el que se llevarán a cabo, la duración del internamiento y el proceso de alta.

### 4.3. Escalas específicas de Rehabilitación

**REHAB** (Baker & Hall, 1978; Adaptación española de Jiménez R, Bóveda G y Vázquez Morejón AJ. 1994). Escala de evaluación de las competencias funcionales en personas con enfermedades mentales crónicas. Se utiliza en ambientes institucionalizados donde el personal pueda observar a los usuarios durante una semana. Los objetivos son: a) Identificar a usuarios que viven en ambientes altamente protegidos, como unidades de larga estancia de un hospital, y que podrían ser dados de alta hacia ambientes menos protegidos, como un hogar familiar, un piso super-

visado o una residencia. b) Evaluar el nivel total de minusvalía del usuario para ayudar a la composición de unidades y también para comparar a los usuarios en el proceso de rehabilitación. c) Identificar las áreas más significativas de intervención. d) Planificar el programa de rehabilitación. e) Establecer una línea base y evaluar los cambios en la conducta del usuario en un tiempo dado.

La escala consta de dos partes; una primera de **Conductas problema** que evalúa un conjunto de 7 conductas perturbadoras en una escala de cualitativa de 3 puntos, obteniéndose una puntuación total de conducta desviada. Los ítems de esta escala **Conducta Problema** son: 1. Incontinencia (urinaria y fecal), 2. Heteroagresividad (actos violentos deliberados), 3. Autoagresividad, 4. Exhibicionismo; 5. Fugas, 6. Agresión verbal, 7. Soliloquios. Una segunda parte, se denomina **Conducta General y Socialización** está formada por 16 ítems que hacen referencia a la conducta más concreta. Existen las siguientes subescalas y los ítems que forman parte son: **Actividad social:** 8. Relaciones con los compañeros de la unidad., 9. Relaciones con otros fuera de la unidad. 10. Actividades de tiempo libre. 11. Nivel de actividad. **Discurso Alterado:** 12. Capacidad para hablar. 13. Capacidad para iniciar conversaciones. 14. Sensatez del discurso. 15. Claridad del habla. **Autocuidado:** 16. Modales en la mesa. 17. Lavarse y peinarse. 18. Vestirse. 19. Cuidado de sus cosas personales. 20. Iniciativa para el autocuidado. **Autonomía comunitaria:** 21. Manejo de dinero. 22. Utilización de recursos comunitarios. 23. ¿Cómo fue la conducta diaria del usuario? (sobre la semana en observación).

La puntuación total de la escala REHAB (Conducta General) y de las escalas se evalúa marcando una línea en una escala visual analógica de 110 mm. Donde el extremo izquierdo representa la peor ejecución posible y el derecho la ejecución adecuada para una vida independiente en la comunidad.

El personal que hace las mediciones puede ser cualquiera personal de cuidados. Debe observar a los usuarios identificados durante una semana y saber utilizar la escala. En general, el personal de enfermería es el más adecuado. Una vez puntuado, hay que convertir las puntuaciones de la Escala Visual Analógica en una escala likert de 9 puntos y posteriormente graficar. El gráfico facilita ver que conductas están preservadas (rango 0-2), que conductas se tienen un leve deterioro (rango 3-6) y que conductas están más deterioradas (rango 7 a 9). A nivel global podemos tener una aproximación del grado de autonomía del paciente, tal como hemos visto en la Tabla 8. También tenemos una referencia clara de las áreas más deficitarias e indicadoras de realizar un trabajo de rehabilitación. Además, dentro de cada área y a nivel de ítems, facilita elegir y delimitar las conductas a observar en la unidad, y una vez corregido a establecer las metas a conseguir en la URH.

**HoNOS** (Wing JK, Curtis RH y Beevor AS, 1998; Adap. Española. Uriarte JJ.; Beramendi, V, Medrano J, Wing JK, Beevor AS, Curtis R, 2001)<sup>43,44</sup>. Escala para la evaluación de los aspectos físicos, personales y sociales asociados a la enfermedad mental. Está pensado para ser utilizada por profesionales de Salud Mental de forma rutinaria y en un contexto clínico. Cada uno de los 12 ítems de los que consta, puntuado en una escala de likert de 0 a 4, cubre un amplio espectro dentro de un área de problemas. Los ítems de la escala pueden ser agregados en las siguientes

tes subescalas: (1) Problemas conductuales, suma de la puntuación directa de los ítems 1 a 3; (2) Deterioro, suma de la puntuación directa de los ítems 4 y 5; (3) Problemas clínicos o Síntomas, suma de la puntuación directa de los ítems 6 a 8; (4) Problemas Sociales, suma de la puntuación directa de los ítems 9 a 12, y (5) La puntuación total, entre 0 y 48, representa la severidad global. Mayor puntuación mayor severidad.

El contenido de la escala se basa en problemas, y no existe solapamiento entre las distintas áreas de problemas. Para su administración es necesario un periodo de observación de dos semanas. Después del periodo de observación se puntúa cada ítem. El criterio de puntuación es sencillo, en este ítem necesita soporte si la respuesta a la pregunta es si, la puntuación mínima ya es 2; y a partir de aquí se ajusta la puntuación en función de la conducta más severa que se haya dado en el periodo de observación. Una vez puntuada, se puede codificar en las gráficas, lo cual nos indica que áreas problemáticas se dan en el usuario. La escala puede ser administrada por el equipo de la URH o el parte del equipo referente, y este tiene que entrenarse para su correcta administración, ya que en ocasiones surgen desacuerdos a la hora de puntuar, y es necesario recordar el criterio de necesidad de soporte (puntuación igual o mayor dos). El tiempo de administración varía entre los 5 y los 15 minutos, aunque en personal entrenado no es más de cinco minutos.

La escala HoNOS se puede utilizar para uso clínico como instrumento útil, corto y simple para utilizarlo como parte del trabajo cotidiano; o administrativo como base para recoger información clínica relevante para evaluar la evolución, la planificación de las decisiones en salud pública. Se han publicado numerosos estudios, puede consultarse la página Web del Royal of College Psychiatric de Londres, para encontrar las referencias completas de las diferentes versiones de la escala HoNOS.<sup>121</sup>

#### ¿HoNOS o REHAB: Cuando administrar las escalas?

La escala HoNOS, como escala de resultados que es tiene como **ventajas importantes**, es muy útil y fácil de administrar para la rutina del día a día, con categorías excluyentes para los distintos problemas. Aunque en nuestra experiencia en el proceso de transformación, encontramos muy útiles los criterios de validez de las puntuaciones de la HoNOS en función del lugar donde recibían el tratamiento psiquiátrico<sup>82</sup>. En pacientes ingresados las puntuaciones medias totales eran de 12.13 (d.e.= 4.36), en hospital de día la media de la puntuación total era 9.38 (d.e.= 4.27) y en el CSM 6.46 (d.e.=3.74). Estas puntuaciones fueron de gran utilidad al darnos la referencia de cuando el paciente podía ir integrándose de forma progresiva a recursos comunitarios.

Aunque como **puntos a mejorar** son los ítems que hacen referencia al lugar de residencia y recursos comunitarios, la cobertura de los problemas psicopatológicos insuficiente y la sensibilidad al cambio. Es difícil que se reduzcan las puntuaciones de los ítems del área social. Es frecuente encontrarse que después de un periodo de rehabilitación, se observe una mejoría en el área de los síntomas y conductual pero no en el área social.

La Escala REHAB, a pesar de que la escala surgió en ambientes institucionalizados, no es desechable por estos motivos ya que como **puntos fuertes** tiene que es capaz de establecer una línea base, en función de las que planificar un programa de rehabilitación y así da la oportunidad

de volver a reevaluar el cambio. Además es más sensible al cambio que la escala REHAB, al evaluarse mediante una Escala Visual Analógica, esto puede ser muy útil para aquellos pacientes en los que el personal crea que son imposibles de rehabilitar o hayan ingresado muchas veces en la URH. La utilización de la REHAB permite focalizarse en los pequeños cambios de conducta, que se reflejan rápidamente en las puntuaciones de los ítems de la escala. Como **punto a mejorar** sería que el tiempo de administración y codificación es más largo que la escala HoNOS de 20 a 40 minutos, y que es necesario tener muy bien entrenado al personal que va administrar la escala en criterios homogéneos por cada ítem.

En resumen, somos de la opinión que manera rutinaria en la URH se utilizaría la escala HoNOS por la ratio coste/efectividad, aunque en aquellos casos donde existieran pacientes de alta dependencia psiquiátrica y déficit importantes en las Actividades de la Vida Diaria que necesitan de una línea base conductual se introduciría la escala REHAB para mostrar el nivel de cambio y dar feedback al equipo de rehabilitación.

## 5. Conclusiones

1. La evaluación en Unidades de Rehabilitación Hospitalaria nos proporciona un marco de evaluación estable, en el que es posible observar las conductas que forman parte del repertorio conductual del deterioro psicosocial.
2. La evaluación en el ámbito hospitalario, es un trabajo en equipo, multidisciplinar, en el que los diferentes profesionales participan en la elaboración del PIR.
3. La evaluación debe cubrir dos aspectos, uno más estático que tiene que ver con las áreas del PIR, y otro más dinámico relacionado con la observación de las conductas que se quieren monitorizar y evaluar. Para este último, es imprescindible que se generen los registros estándares para cada conducta o habilidades a registrar, y se definan las conductas de manera operativa y se entrene al personal de la URH.
4. Las escalas HoNOS y REHAB son dos instrumentos eficaces en las evaluaciones hospitalarias. Pueden ayudar a organizar y planificar la gestión clínica, con la creación de grupos clínicos tal como hemos visto en los estudios de Salt y CatSalut.
5. Para poder trabajar potenciando la autonomía de los usuarios ingresados en una unidad de hospitalización, es necesario una transformación cultural de todo el colectivo de profesionales que trabajan en las mismas. Cada profesional se ha de convertir en un agente rehabilitador que crea en las expectativas de cambio de los usuarios y que le ayude a conseguir los objetivos pactados.

## Bibliografía

1. Desviat M. La reforma Psiquiátrica. Madrid: Ediciones; 1995
2. Barbato A, D'Avanzo B, Rocca G, Amatulli A, Lampugnani D. A study of long-stay patients resettled in the community after closure of a Psychiatry Hospital in Italy. *Psychiatric services*. 2004 January; vol 55 n.º1.
3. D'Avanzo B, Barbato A, Barbui C, Battino N, Civenti G, Frattura A. Discharges of patients from public psychiatric hospitals in Italy between 1994 and 2000. *International Journal of Social Psychiatry*. 2003 vol 49 (1): 27-34.



4. Thornicroft G, Susser E. Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 2001; 178:2-4
5. Blanco y Pastor A. Las personas con enfermedades mentales crónicas: delimitación, problemática y necesidades. En: Rodríguez A, coordinador Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Editorial Piramide. 1997; 33-55.
6. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1997; 154 (4 Suppl): 1-63
7. American Psychiatric Association. Guía Clínica para el tratamiento de la esquizofrenia. Barcelona: Ars Médica; 2005.
8. Chinchilla A. Guía Terapéutica de las Esquizofrenias. Masson; 2000.
9. Colondron A. Las Esquizofrenias. Madrid: Siglo XXI Editores; 1990.
10. Fernández J, Reyes M, y Ramal J. La rehabilitación psicosocial en hospitales psiquiátricos. En: Rodríguez A, compilador. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Piramide; 1997.
11. Shepherd G, Muijen M, Dean R, Cooney M. Residential care in Hospital and in the Community-Quality of care and Quality of life. *British Journal of Psychiatry*. 1996 168, 448-456.
12. Liberman J. Rehabilitación integral del enfermo mental crónico. Martínez roca, 1993.
13. Gisbert C, Arias P, Camps C, Cifre A, Chicharro F, Fernández J, González J, Mayoral F, Moro J, Pérez F, Rodríguez A, Uriarte JJ. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. Cuadernos técnicos AEN; 2002.
14. Goffman E. Internados Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu; 1970
15. Desviat M. La reforma del hospital psiquiátrico: Del hospital al área de salud. *Psiquiatría pública*. 1992; 4 (2), 3-16
16. Rodríguez A, coordinador. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Piramide, 1997.
17. Watts F, y Bennet D, compiladores. Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y Practica. Limusa; 1990.
18. Leff J, y Trieman N. Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. *British Journal of Psychiatry*. 2000; 176: 217-223
19. Aparicio V, y Sánchez AE. Desinstitucionalización y cronicidad: un futuro incierto RAEN. 1990; X 34, 367-374.
20. Aparicio V, coordinador. Evaluación de Servicios en Salud Mental. Madrid: AEN; 1993.
21. Fernández J, Reyes M, y Ramal J. La rehabilitación psicosocial en hospitales psiquiátricos. En: Rodríguez A, coordinador. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Piramide; 1997.
22. Smith TE, Hull JW, MacKain SJ, et al. Training hospitalized patients with schizophrenia in community reintegration skills. *Psychiatric Services*. 1996; 47:1099-1103.
23. Farkas M. Avances en rehabilitación psiquiátrica: una perspectiva norteamericana En: Aldaz C, y Vazquez C, coompiladores. Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Siglo XXI; 1996.
24. Dencker K, y Gottfries CG. The closure of a mental hospital in Sweden: characteristics of patients in long-term care facing relocation in the community. *Eur Arch Psychiatry Clin Neur*. 1991; 240 (6): 320-30
25. Leff J. The TAPS project: Evaluating community placement of long-stay psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*. 1993; 162 (supl 19) London: Royal College of Psychiatry.
26. Knap M, Beecham J, Anderson J, Dayson D, Leff J, Margolius O, O'Driscoll C, y Wills W. The TAPS Project. E. Predicting the community cost of closing psychiatric hospitals. *British Journal of Psychiatry*. 1990; 157, 661-670.
27. Wing J. Esquizofrenia. En: Watts F, y Bennet D, compiladores. Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y Practica. Limusa; 1990
28. Hall J. Programas de rehabilitación en el hospital. En: Watts F y Bennet D, compiladores. Rehabilitación Psiquiátrica. Teoría y Practica. Limusa; 1990.
29. Wing J. A simple and reliable subclassification of chronic schizophrenia *Journal of Mental Science*. 1961; 107, 865-875.
30. Moos RH. Differential effects of psychiatric ward settings on patient change *J Ner Ment Dis*. 1970; 151, 316-322.
31. Honigfeld G, Klett CJ. Nurse's Observation Scale for Inpatient Evaluation. *Journal of Clinical Psychology*. 1965; 21: 65-71.
32. Honigfeld G, Gillis RD, Klett CJ.. NOSIE-30: a treatment-sensitive ward behavior scale. *Psychol Rep*. 1996, Aug; 19(1):180-2.
33. Carbonara DP, Regan BK, Delaney KJ.. The factorial invariance of the Nurse's Observation Scale for Evaluation of Inpatients. *Psychological Reports*. 1983; 52: 843-848
34. Zuardi AW. Escalas de observação interativa para pacientes psiquiátricos internados *Rev Psiq Clin*. 1999; 26, (2) Ed. Especial.
35. Ayllon T, y Azrin N. The measurement and reinforcement of behaviour of psychotics. *Journal of the Experimental Analysis Behaviour*. 1965; 38, 357-383
36. Ayllon T, y Azrin N. *The Token Economy*. New York: Appleton Century; 1968.
37. Matson JL. Behaviour modification procedures for training chronically institutionalised schizophrenics. En: Hersen R, Esiler M, y Miller M. Compiladores . *Progress in Behaviour Modification* Londres: Academic Press; 1980
38. Hall JN, Baker RD, y Hutchinson K. A controlled evaluation of token economy procedures with chronic schizophrenic patients. *Behaviour Research and Therapy*. 1997; 15, 261-283.
39. Desviat M, Fernández-Liria A, Rendueles G.. La nueva cronicidad. En Espinosa (coor) *Cronicidad en psiquiatría*. Madrid: AEN; 1986. 305-358
40. Cid J, y Gisbert C. Estudio de Reubicación de los Trastornos Mentales Graves del Hospital Psiquiátrico de Salt. Girona: IAS; 2001.
41. Rebollo S. Rehabilitación psiquiátrica. Univ. Santiago; 1997.
42. Gisbert C, coordinadora. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del Trastorno mental Severo. AEN; 2003.
43. Wing JK, Curtis RH y Beevor AS. Health of The Nation Outcome Scales (HoNOS) Research and Development. *British Journal of Psychiatry*. 1998; 172,11-18.
44. Uriarte JJ, Beramendi V, Medrano, J, Wing JK, Beevor AS, Curtis R. Presentación de la traducción de la escala HoNOS (Health of The Nation Outcome Scales). *Psiquiatría pública*. 1999; 11,4:93-101
45. Baker R, y Hall JN. *Rehabilitation Evaluation Hall and Baker (REHAB)*. Vine Publishing; 1983.
46. Jimenez R, Vázquez AJ, Waisman C. REHAB: Características psicométricas de una versión española. *Psiquis*. 1994; 15 (5) 219.
47. Labrador FJ, Cruzado JA y Muñoz M. Manual de técnicas y terapia de modificación de conducta. Madrid; Piramide; 1993
48. Kuenhel TG y Liberman RP. Evaluación funcional. En: Liberman RP. *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Martínez Roca; 1990.
49. Uriarte JJ. Aplicación de técnicas conductuales a los TMG. Hospital de Zamudio. 2001.
50. Vena J, De Viedma MJ, Cañamanes JM. Actividades de la Vida Diaria. En: Rodríguez A, coordinador. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Piramide; 1997.
51. Alonso V, De Viedma MJ, Blanco M. Cañamanes JM. Psicomotricidad. En: Rodríguez A, coordinador. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Piramide; 1997.
52. Cervió MJ y Blanco M. Rehabilitación de Déficit Cognitivos. En: Rodríguez A, coordinador. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Piramide; 1997.
53. Vázquez C. Florit A. López B. Rehabilitación Cognitiva: Principios Generales y técnicas de evaluación e intervención. En: Aldaz C, y Vazquez C, compiladores. *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Siglo XXI; 1996.
54. Torres Carbajo A. Manual práctico de rehabilitación en la esquizofrenia. *Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias*. 1997.
55. Liberman RP *Adiestramiento en habilidades sociales*. En Liberman RP 1990. *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Martínez Roca
56. Roder V, Brenner HD, Hodel B, y KiENZLE N. *Terapia Integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel Psiquiatría; 1995



57. Otero V. Plan Individualizado de Rehabilitación. En: Rebolledo S. Rehabilitación psiquiátrica. Univ. Santiago; 1997.
58. Liberman RP. Social and Independent living skills. The community re-entry Program. UCLA: Clinic Research center for psychiatry Rehabilitation; 1995
59. Rebolledo S. Psicoeducación de personas vulnerables a la esquizofrenia. Fundacio Nou Camí; 1998.
60. Cañamares JM, Castejón MA, Florit A, González J, Hernández JA, Rodríguez A. Esquizofrenia. Síntesis: Guías de intervención de psicología clínica; 2001
61. Birchwood M, y Tarrrier N, coordinadores. El tratamiento psicológico de la esquizofrenia. Barcelona: Ariel Psicología; 1995.
62. Fernández J. Rehabilitación de personas con necesidades especiales: las personas con trastornos psiquiátricos crónicos y abuso de drogas. En: Rodríguez A, coordinador. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Piramide, 1997.
63. Graña JL, editor. Conductas Adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento. Debate; 1994
64. Roberts L, Shaner A, y Eckman T. Cómo superar las adicciones: entrenamiento de habilidades para pacientes con esquizofrenia. Patología dual. UCLA: Edición por Fundación Seny; 2001
65. Caballo VÉ. Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales. Siglo XXI; 1993.
66. Andres K, Pfammatter M, Brenner HD, y Jimeno-Bulnes N. Terapia de grupo orientada a la superación de la esquizofrenia. Manual de entrenamiento y aplicación. Aula Médica; 2000.
67. Sperry L, editor. Handbook of diagnosis and treatment of DSM-IV Personality Disorders. Brunner/Mazzel; 1995
68. Perris C y McGorry PD, editors. Cognitive Psychotherapy of psychotic and personality disorders. Wiley; 1998
69. Anderson C, Reiss D, Hogarty G. Esquizofrenia y familia. Guía práctica para la psicoeducación. Amorrortu editores; (1986).
70. Junqué C, y Barroso J. Neuropsicología. Síntesis; 2001.
71. Lezak J. Neuropsychological Assesment. Kluwer; 1985
72. Kingdon DG y Turkington D. Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia Taylor & Francis; 1994
73. Valiente Ots, C. (2001) Alucinaciones y delirios. Síntesis: guías de intervención de psicología clínica.
74. Muñoz JM, y Tirapu J. Rehabilitación neuropsicológica. Síntesis: guías de intervención de psicología clínica; 2001
75. Leff J, y Trieman N. 2000. Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals. The British Journal of Psychiatry. 176: 217-223)
76. CatSalut. Prevenció, tractament i Rehabilitació de les persones amb Trastorns Mentals Greus i Persistents. [Prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas con trastornos mentales graves y persistentes]. Generalitat de Catalunya; 2004
77. Protocolo de evaluación de las necesidades de los usuarios ingresados en unidades de larga estancia. En: CatSalut. Prevenció, tractament i Rehabilitació de les persones amb Trastorns Mentals Greus i Persistents. [Prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas con trastornos mentales graves y persistentes]. Generalitat de Catalunya; 2004
78. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Washington, DC American Psychiatric Association; 2000.
79. Bulbena A, Jáuregui JV, Zabajo MJ. Índice Acumulativo de Enfermedad. Adaptación Castellana del Cumulative Illness Rating Scale en población psicogeriatrica. Revista Gerontológica. 1996; 6:313-318
80. Linn BS, Linn MW, Gurel L. Cumulative Illness Rating Scale. J Am Geriatr Soc. 1968; 16: 622-626.
81. Depressive co-morbidity in medical in-patients at the time of hospital discharge and outcome in a Primary Care follow-up. I. Rational and desing of the project. Journal of Psychiatry; 2005, v19: 3
82. Orrell M, Yard P, Handysides J, Schapira R. Validity and reliability of the Health of the Nation Outcome Scales in psychiatric patients in the community. British Journal of Psychiatry. 1999; 174, 109-412.
83. Gonzalez E. Concepto actual de locura y nuevas formas de tratamiento Norte de Salud mental. 2002; n.º 15 Pag 13-22
84. Kuipers E. La carga del cuidado en la psicosis para familiares y personal: implicación para los servicios. Revista de la AMRP. 1997.
85. Moore E, Ball A, Kuipers E. Expressed emotion in staff working with the long-term adult mentally ill. British Journal of Psychiatry. 1992; 161, 802-808.
86. Aldaz JA, y Sánchez M. Interacción paciente personal: variables y condiciones que afectan al personal rehabilitador. En: Aldaz C. y Vazquez C, compiladores. Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Siglo XXI; 1996.
87. Evaluación de Esquizofrenia. En: Cañamares JM, Castejón MA, Florit A, González J, Hernández JA, Rodríguez A. Esquizofrenia. Síntesis: Guías de intervención de psicología clínica; 2001
88. Blanco J, Cañamares JM, Otero V. Evaluación funcional y planificación de la intervención en rehabilitación En: Rodríguez A, coordinador. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Piramide, 1997.
89. Fernández J, González J, Mayoral F, y Touriño R. Evaluación funcional en rehabilitación psicosocial. Métodos e instrumentos. En: Gisbert C, coordinadora. Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del Trastorno mental Severo. AEN; 2003.
90. Lobato MJ. Las unidades de estancia media y rehabilitación. En: Rebolledo S. Rehabilitación psiquiátrica. Univ. Santiago; 1997.
91. Overall JE, y Gorham DR. Brief Psychiatric Rating Scale Psychological Reports. 1962; 10: 799-812.
92. Kay SR, Fiszbein L, Opler A. The Positive and Negative Síndrome Scale (PANNS) Schizophrenia Bulletin. 2000; 13:261-276.
93. Chadwick P, Lees S, y Birchwood, M. The revised beliefs about voices questionnaire. British Journal of Psychiatry. 2000; 177: 229-232
94. Chadwick P y Birchwood M. The omnipotence of voices II: The beliefs about voices questionnaire British journal of Psychiatry. 1995; 166 (6)
95. Birchwood M, Mason R, MacMillan F, y Healy J. Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. Psychological Medicine. 1993, 23, 387-395.
96. Rector NA, Beck AT: Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. J Nerv Ment Dis 2001; 189:278- 287
97. Cormac I, Jones C, Campbell C: Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2002; (1):CD000524
98. Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ: The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. Am J Psychiatry 2001; 158:163-175
99. Tarrrier N, Wykes T: Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? a cautious or cautionary tale? Behav Res Ther 2004; 42:1377-1401
100. Gaudio BA: Cognitive behavior therapies for psychotic disorders: current empirical status and future directions. Clin Psychol 2005; 12:33-50
101. Gould RA, Mueser KT, Bolton E, Mays V, Goff D: Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. Schizophr Res 2001; 48:335-342
102. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, Morgan C: Psychological treatments in schizophrenia, I: metaanalysis of family interventions and cognitive-behaviour therapy. Psychol Med 2002; 32:763-782
103. Gold S, Arndt S, Nopoulos P, O' Leary DS, Andreasen NC. Longitudinal study of cognitive function in first-episode and recent onset schizophrenia. American Journal of Psychiatry. 1999; 156: 1342-8
104. WAIS III: Evaluación e Interpretación. TEA Ediciones; 2003.
105. Peña-Casanova J. Programa integrado de evaluación neuropsicológica. Masón; 1980
106. Heaton RK, Chelune GJ, Talley JL, Kay GG, Curtis G. Wisconsin Card Scoring Test Manual: Revised and expanded. Psychological Assesment Resources In. Odessa fl; 1993
107. Server MR, Davidson M, Harvey PD. Attentional Predictors of clinical change during neuroleptic treatment in schizophrenia. Schizophrenia Research. 1994; 13:65-71.
108. Perona S, Cuevas C, Vallina O, Lemos S. Terapia cognitivo-conductual de la esquizofrenia. Guía clínica. Minerva ediciones; 2003.
109. Turkington D, Kingdon D, Weiden PJ. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia Am J Psychiatry. 2006; 163:3.

110. Salamero M. Validación de una batería para evaluar el deterioro neuropsicológico generalizado. En: Marcos T. Neuropsicología Clínica Más Allá de la Psicometría. Doyma; 1994
111. Barrowclough C, y Tarrier N. Families of schizophrenics patients: cognitive behavioural interventions. Londo: Chapman & Hall; 1992.
112. Cuffel BJ, Fischer EP, Owen RR Jr. An Instrument for measurement of outcomes of care for schizophrenia. Issues in development and implementation. Eval Health prof 1997; Mar, 20 (1): 96-108
113. Vaughn C, y Leff J. The measurement of expressed emotion of families of psychiatric patients. British Journal of Social and Clinical Psychology. 1976; 15: 157-165.
114. Otero V, Navascues D, Rebolledo S. Escala de Evaluación de la Conducta Social. Adaptación española del SBAS. Psiquis XI (90): 395-401.
115. Folkman D, y Lazarus RS, An analysis of coping in a middle-aged community sample. Journal of Health and Social Behavior. 1980; 21: 219-239.
116. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A y Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal coping, and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology. 1986; 50: 992-1003
117. Carver CS, Weintraub JK, & Scheier MF. Assessing coping strategies: a theoretical approach. Journal of personality and social psychology. 1989; 56 (2): 267-83.
118. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. J Clin Psychol 1995; 51: 768-74
119. Perris C The Assessment of Dysfunctional Working Models of Self and Others in Severely disturbed patients: A preliminary cross-national study En: Perris C y McGorry PD, editors. Cognitive Psychotherapy of psychotic and personality disorders. Wiley; 1998
120. Rodríguez A, Sobrino T, Galilea V, Colis J, González J, Orviz S. Rehabilitación laboral: alternativas laborales para enfermos mentales crónicos. En: Rodríguez A, coordinador Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Editorial Piramide. 1997; 33-55.
121. Web site Royal College of Psychiatry, London: <http://www.rcpsych.ac.uk/crtu/healthofthenation/references.aspx>



# Capítulo 16. Evaluación de la Calidad de Vida en Rehabilitación Psicosocial

Rafael Touriño González

## 1. Calidad de Vida y Atención Comunitaria

El concepto de calidad de vida y su posible evaluación han adquirido importancia en el campo de la salud al dejar de ser el objetivo fundamental del tratamiento el logro de la supervivencia y empezar a tenerse en cuenta la calidad de la vida frente a la cantidad. La necesidad de humanizar una asistencia cada vez más tecnificada pero muchas veces insatisfactoria para los pacientes, a pesar de sus mejores resultados clínicos, junto con los movimientos a favor de la participación de los consumidores en la planificación asistencial, contribuyeron al afianzamiento del concepto de calidad de vida.

Aunque en el ámbito de la salud mental ha interesado siempre el bienestar subjetivo de los pacientes, ya que éste se encuentra estrechamente ligado a la psicopatología<sup>1</sup>, las personas con enfermedad mental no han podido recibir un peor trato a lo largo de la historia: persecución, encierro, abandono, tratamientos sin ninguna base científica. Todo ello, junto con el estigma y el deterioro propio de la enfermedad, ha contribuido a la mala calidad de vida de las personas con enfermedades mentales severas.

El interés por la evaluación de la calidad de vida en las personas con enfermedad mental aparece con la desinstitutionalización. El mantenimiento de los pacientes en la comunidad ya no va a depender sólo de la atención a las necesidades clínicas, sino también del apoyo social que satisfaga sus necesidades económicas, de alojamiento, integración en la familia y en la comunidad. No es suficiente observar las recaídas y los síntomas resistentes al tratamiento, requiriéndose una apreciación más global del modo de vivir y de integrarse en la comunidad<sup>2</sup>. Para la evaluación de los resultados de los programas de atención en la comunidad se precisan métodos que amplíen la perspectiva, facilitando la planificación de servicios y la apreciación de las necesidades individuales. En el campo de la salud mental, el diagnóstico multiaxial y la utilización de conceptos como discapacidad, minusvalía, funcionamiento social, apoyo social, fueron ampliando el foco de la evaluación. Sin embargo, el concepto multidimensional de calidad de vida añade el punto de vista subjetivo del paciente sobre su bienestar físico, psicológico y social, incorporando sus valores y preferencias<sup>3</sup>. Tener en cuenta la calidad de vida de los usuarios de los servicios de salud mental y por tanto su opinión, va a aumentar también su sentimiento de control y de participación, y por tanto redundará en una mejor percepción de la propia calidad de vida. La medida de la calidad de vida se ha convertido en necesaria para la evaluación de los nuevos programas y servicios de salud mental. Es una medida habitual en la evaluación de nuevos antipsicóticos.

A pesar de que las condiciones en las instituciones hospitalarias psiquiátricas eran deplorables, y que se demos-

tró cómo la externación, junto a un abordaje terapéutico y de apoyo comunitario apropiado, aumentaba la calidad de vida<sup>4, 5, 6, 7</sup>, el simple paso a la comunidad sin los recursos necesarios no la mejoraba sino que en ocasiones podía empeorarla. La realidad es que muchos pacientes con psicosis crónicas no consiguen las condiciones materiales mínimas para un nivel de vida aceptable: pobreza, carencia de alojamiento o vivienda inadecuada, desempleo, ausencia de oportunidades de ocio, falta de red social de apoyo, son todas ellas desventajas que se van acumulando a lo largo del tiempo. La evitación del reingreso como criterio de buena evolución se ha ido sustituyendo por medidas más amplias, constituyéndose la mejoría de la calidad de vida del enfermo en interés prioritario de la atención comunitaria

Así, Fairweather en el año 1969<sup>8</sup> incluyó medidas subjetivas de calidad de resultados (medidas que comprendían la perspectiva subjetiva del paciente) al evaluar un programa de tratamiento comunitario: satisfacción del individuo con sus condiciones de vida, satisfacción con las actividades de ocio, con la vida en la comunidad, satisfacción con el trabajo.

Stein y Test<sup>9</sup> incluyeron la calidad de vida como medida necesaria de todo programa psiquiátrico, utilizando ésa perspectiva al evaluar el Programa comunitario del Mendota Mental Health Institute.

En los años ochenta ya se consideraba que los programas comunitarios dirigidos a los enfermos mentales crónicos debían evaluarse en función de su impacto sobre la calidad de vida de los pacientes, así como en función de sus efectos sobre el estado de salud general y mental de los pacientes, las familias, la comunidad y los costes.

Posteriormente, Oliver et al.<sup>10</sup> recogen una serie de razones por las que la calidad de vida debe tener un importante papel en la evaluación de los servicios para las personas con trastornos mentales severos:

1. Alivio frente a curación. Mantener una calidad de vida satisfactoria puede ser un objetivo más realista que la recuperación total.
2. Los programas complejos requieren medidas de resultados complejas. La calidad de vida es una medida amplia y multidimensional.
3. Prestación de una atención individualizada, satisfactoria para el cliente.
4. Perspectiva holística y comprehensiva de la salud.
5. La calidad de vida es un buen objetivo desde el punto de vista político.
6. La evaluación de la calidad de vida es aceptada y agradecida por los pacientes y familiares.
7. Proporciona una base para el trabajo multidisciplinario.
8. Su evaluación no supone un gasto importante.



Sin embargo la calidad de vida ha seguido sin formar parte de la evaluación de muchos programas de salud mental. Sartorius<sup>11</sup> enumeró las razones que dificultan que la evaluación de la calidad de vida sea una práctica habitual en los servicios de salud mental:

1. Los síntomas de los trastornos mentales pueden confundirse con una pobre calidad de vida, como ocurre sobre todo con las depresiones, y también con trastornos neuróticos y algunos trastornos de personalidad.
2. Algunos trastornos mentales pueden dificultar la comunicación con el evaluador, (ej.: trastornos que provocan déficits cognitivos).
3. El estigma que acompaña a los trastornos mentales y que afecta a muchos aspectos de su vida, puede persistir incluso tras una recuperación sintomática, siendo la principal causa de las dificultades del paciente.
4. Los efectos secundarios de los tratamientos psiquiátricos pueden dificultar la medida de la relación entre la calidad de vida y un trastorno específico.
5. Las diferencias culturales afectan a la forma y severidad de los trastornos mentales y su expresividad, dificultando la comparación y generalización de los resultados obtenidos.
6. Los síntomas presentes en algunos trastornos psiquiátricos (delirios paranoides, suspicacia) pueden distorsionar las respuestas y hacer imposible la evaluación.
7. Es difícil expresar los estados emocionales propios, sobre todo para los pacientes psiquiátricos que pueden tener dificultades cognitivas.

En la atención comunitaria la evaluación de la calidad de vida nos puede dar una idea de cómo aquellas necesidades que cubría el Hospital Psiquiátrico son atendidas desde los servicios comunitarios, y de que forma están impactando en los pacientes los nuevos apoyos y las nuevas necesidades que surgen. Las experiencias nos muestran que cuando se dan los apoyos necesarios, la mayoría de los pacientes que han pasado de instituciones psiquiátricas a recursos comunitarios se muestran satisfechas con su situación, y tienen una calidad de vida relativamente alta<sup>12, 13</sup>. El cambio de ambiente, con un aumento de la libertad es lo que más valoran los pacientes. El logro de una mayor autonomía se relaciona con una mejor percepción de la calidad de vida y una mayor permanencia en la comunidad<sup>14</sup>. Tener en cuenta las percepciones subjetivas de los pacientes sobre su situación ayudará a planificar el apoyo que se les debe prestar de una forma que podrá contribuir mejor a asegurar su adecuada integración en la comunidad<sup>15</sup>.

Por tanto, desde una perspectiva longitudinal e integral, la mejoría de la calidad de vida debe considerarse como objetivo primordial de la atención a las personas con trastornos mentales severos.

## 2. Calidad de Vida y Rehabilitación Psicosocial

La rehabilitación psicosocial tiene por objetivo alcanzar una vida de calidad aceptable para los pacientes y sus fami-

liares<sup>16</sup>. La rehabilitación debe hacerse con la colaboración de las personas con discapacidades, por lo que su opinión sobre qué vida quieren vivir, aceptando sus diferencias y peculiaridades, es decisiva en la planificación de las actividades y objetivos. Su consideración puede cambiar la manera de concebir los servicios de rehabilitación y soporte social en la comunidad, a veces excesivamente rígidos, excesivamente «pedagógicos» y «normalizadores», en cuanto introduce las aspiraciones del paciente, su percepción del cuidado y sus objetivos<sup>17</sup>. Mejorar la calidad de vida como meta de la rehabilitación enfatiza la conexión que debe existir entre los diversos servicios y profesionales que intervienen en la atención de estas personas, y la inevitable implicación de todos los recursos comunitarios.

Mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales crónicos supone no sólo cambiar las condiciones en que viven y lograr un mejor desempeño funcional, sino también, mejorar aspectos internos: afectividad, autoestima, aceptación de la enfermedad, esperanza, motivación y sensación de control de su vida. En relación con la persona que padece esquizofrenia debemos recordar las palabras de Weibrecht<sup>18</sup>: «La falta de necesidad de contacto del esquizofrénico es una fábula. Lo que pasa es que le resulta difícilísimo realizarlo. Tras el establecimiento de contacto, perturbado o imposibilitado por el miedo y el recelo existe, a menudo, un vivo anhelo de poder confiar de nuevo en alguien». Conseguir que la persona con un trastorno mental crónico pierda el miedo y el recelo y vuelva a confiar, en los demás y en sí mismo, es tarea de la rehabilitación (es, quizás, la tarea de la rehabilitación). Lograrlo supondrá ayudarlo a mejorar su calidad de vida.

La calidad de vida enlaza tres temas importantes en rehabilitación: el concepto de recuperación, la calidad asistencial, y la ética.

- ✓ La recuperación, como elaboración de un nuevo proyecto de vida, implica contar con la opinión y la motivación del usuario. Es él quien tiene que definir un nuevo significado y propósito en su vida.
- ✓ Los modelos actuales de gestión de la calidad consideran la calidad de vida como una medida central en la evaluación de los servicios. Los programas de excelencia en la gestión tienen sentido cuando contribuyen a mejorar la calidad de vida.
- ✓ La ética tiene que ver con la elección sobre la vida que se quiere vivir. Si tenemos en cuenta que los trastornos mentales graves limitan de forma importante la capacidad de elección, podemos ver la importancia de la rehabilitación como una forma de ayudar al usuario a incrementar sus posibilidades de elegir distintos caminos en su vida. Considerar la calidad de vida como objetivo también ayuda a que nuestra práctica no caiga en el adoctrinamiento o en el control social.

Añadir la valoración subjetiva del paciente a nuestras evaluaciones «objetivas», tomando en cuenta las metas y necesidades individuales, nos ayudará a conocer de una manera más completa el impacto de las intervenciones, y a no dejarnos llevar por consideraciones «estéticas» sobre el lugar en el que están los pacientes, frente a consideraciones «éticas» sobre en que condiciones están y donde quieren estar.

### 3. Evaluación de la Calidad de Vida en Rehabilitación Psicosocial

Aunque no existe una definición uniforme de calidad de vida (Ver Tabla I) hay elementos del concepto que son claramente aceptados: su carácter predominantemente subjetivo, su multidimensionalidad, y la referencia a un momento temporal concreto. También hay acuerdo con respecto a los principales dominios que la constituyen: el estado de salud física, la capacidad funcional, el estado y el bienestar psicológico, las interacciones sociales y la situación económica<sup>19</sup>. La OMS<sup>20</sup> define la calidad de vida como «la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones».

TABLA 15.1. Definiciones de Calidad de Vida

<p>Liu (1976): <i>hay tantas definiciones de calidad de vida como personas.</i></p> <p>Andrews y Withney (1976): <i>no es el reflejo de las condiciones reales y objetivas, sino de su evaluación por el individuo.</i></p> <p>Lawton, Moos, Fulcomer y Kleban (1982): <i>el conjunto de evaluaciones que el individuo hace sobre cada uno de los dominios de su vida actual.</i></p> <p>Lehman (1983): <i>el sentimiento de bienestar y satisfacción experimentados por la gente bajo sus actuales condiciones de vida.</i></p> <p>Calman (1984): <i>la diferencia entre las expectativas y los logros de un individuo.</i></p> <p>Becker et al. (1993): <i>el sentimiento de bienestar que surge de la satisfacción con las áreas de la vida que el individuo considera para él relevantes.</i></p> <p>Giner et al. (1997): <i>calidad de vida significa inequívocamente la opinión y el sentimiento que tiene cualquier persona acerca de su situación, sea esta de la naturaleza que sea, y remite al estado subjetivo de bienestar o malestar con el que nos percibimos en cada momento con independencia del origen de dicha percepción</i></p> <p>OMS (1993): <i>la percepción que el individuo tiene de su propia situación vital, dentro del contexto cultural y del sistema de valores en el cual vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. Es un concepto amplio, que incorpora de forma compleja el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, el ambiente y las creencias personales.</i></p>
---

Varios modelos han servido para desarrollar instrumentos de evaluación de la calidad de vida en la esquizofrenia; siguiendo las revisiones de Barcia y Morcillo<sup>21</sup> y Bobes y González<sup>22</sup> podemos mencionar los siguientes:

- Modelo comprehensivo de calidad de vida en la esquizofrenia. Malm et al.<sup>23</sup>, considerando al paciente esquizofrénico como un ser humano completo, desarrollaron un instrumento (QLC: Listado de Calidad de Vida) que proporciona información sobre qué aspectos de la calidad de vida son importantes según el paciente y el clínico, para planificar la intervención terapéutica.
- Calidad de vida como un resultado de los servicios de salud mental. Basado en el modelo de necesidades de Maslow y en la teoría de roles de Sarbin y Allen. Desarrollado por Bigelow y colaboradores<sup>24</sup>,

<sup>25</sup>, considerando la calidad de vida como el resultado de la interacción entre la satisfacción de necesidades y el afrontamiento de las demandas que la sociedad hace sobre sus miembros. La labor de los servicios de salud mental, según este modelo, es tratar de compensar los déficits de los pacientes psiquiátricos, restaurando habilidades, moderando las demandas sociales, y generando oportunidades de participación e integración en la sociedad.

- Calidad de vida como sentimiento de bienestar global. Lehman desarrolló un modelo general para los pacientes mentales crónicos, considerando la calidad de vida como un concepto subjetivo que depende de tres factores<sup>26</sup>: las características personales (datos demográficos y clínicos específicos); indicadores objetivos de calidad de vida recogidos en diversas áreas; indicadores subjetivos en las mismas áreas. Mientras que los indicadores objetivos reflejan las normas de funcionamiento y estilo de vida, los indicadores subjetivos muestran como los pacientes se sienten con sus vidas, y están influenciados por las expectativas, experiencias previas y percepciones de las condiciones actuales. Lehman encontró que los indicadores subjetivos eran mejores predictores del bienestar global que los índices objetivos.
- Calidad de vida como un concepto dinámico influido por la diferencia entre las expectativas y deseos por un lado, y la realidad percibida por el otro, según el modelo de Skantze et al.<sup>27</sup>. La calidad de vida se tiene que considerar en su contexto físico, social y cultural. La calidad de vida para estos autores sólo puede ser definida como una evaluación subjetiva, que, según los resultados de sus estudios, depende más del «mundo interno» que del «mundo externo».
- Awad<sup>28, 29</sup> propone un modelo integrativo de calidad de vida para pacientes esquizofrénicos recibiendo tratamiento con antipsicóticos. Define la calidad de vida como la percepción subjetiva del resultado de la interacción entre tres determinantes mayores: los síntomas esquizofrénicos y su gravedad; los perfiles de efectos secundarios; el rendimiento psicosocial. Otros factores que pueden influir en los resultados son: las características premórbidas; la adaptación psicosocial; la interpretación subjetiva del paciente con respecto a su estado mientras toma medicación. Esta interacción está modulada por otros factores como: recursos disponibles, capacidad para usar las redes sociales, personalidad, formación educativa y profesional.

III. 1. Controversias en la evaluación de la CV en Rehabilitación Psicosocial.

La medida de la calidad de vida plantea problemas en cualquier persona con enfermedad mental por la posible influencia de la psicopatología en la evaluación. Las dificultades son mayores en aquellos diagnosticados de un trastorno mental severo como la esquizofrenia.

Según Ibañez et al.<sup>30</sup> las razones para ésta mayor dificultad serían:

1. Discrepancia entre lo que el paciente y su familia o quienes le atienden, consideran adecuado para su vida en sociedad.

2. Todavía existe desacuerdo sobre que se entiende por esquizofrenia, y hay grandes diferencias de unos pacientes a otros.
3. Dificultad para evaluar la calidad de vida en la fase aguda de la enfermedad por su falta de contacto con la realidad, lo que impide tener datos de cual es la línea base con respecto a la que conocer la mejoría de la calidad de vida conseguida con la intervención terapéutica.
4. Carecemos de buenos predictores de la evolución de la esquizofrenia, lo que dificulta cualquier tipo de estudio prospectivo de cómo cambia la calidad de vida del esquizofrénico a lo largo de su vida.

Existe controversia sobre la utilización de medidas objetivas de la calidad de vida frente a medidas subjetivas. En primer lugar se ha criticado la denominación de medidas objetivas ya que en realidad lo que reflejan es la subjetividad de los evaluadores, por lo que sería más correcto hablar de evaluaciones externas<sup>1</sup>. La evaluación externa tendría que ver con el nivel de vida o con la evaluación funcional. La calidad de vida supone la visión subjetiva del propio paciente del bienestar y satisfacción con su vida, mientras que el nivel de vida tiene que ver con la satisfacción objetiva de las necesidades básicas. No es el nivel de autonomía sino su percepción subjetiva por el paciente lo que influye en la calidad de vida<sup>15</sup>. La satisfacción objetiva de necesidades no se correlaciona en los enfermos mentales con la calidad de vida subjetiva, como ya se había observado en población general<sup>31</sup>.

Skantze et al.<sup>27</sup> no encontraron correlación entre el nivel de vida y la calidad de vida en pacientes esquizofrénicos ambulatorios. Particularmente interesantes son sus conclusiones sobre los efectos de la rehabilitación sobre el nivel de vida y la calidad de vida de los pacientes:

*«Un aspecto de este estudio que puede causar frustración y preocupación entre aquellos implicados con la rehabilitación clínica de los pacientes con esquizofrenia crónica, es la implicación de que incluso la mayor dedicación y los esfuerzos más arduos para proporcionar niveles de vida comparables a los de la población general, pueden fracasar para mejorar la calidad de vida del paciente. Las impresiones subjetivas de sus vidas pueden ser más dependientes de las dinámicas de su «mundo interior», que la posesión de variados atributos y adquisiciones en el «mundo exterior». En el análisis final, podemos aceptar que la carga del insight en la psicopatología crónica y el doloroso reconocimiento de las minusvalías emocionales y sociales, influyen la calidad de vida en mayor medida que cualquier otro factor.»*

El riesgo de preguntar a los pacientes es que no responden lo que nosotros esperamos, pero ello no es motivo para invalidar sus respuestas sino para cuestionar nuestro trabajo y buscar nuevas formas de plantear nuestra intervención. Los resultados en rehabilitación psicosocial están determinados por el bienestar subjetivo con respecto al apoyo social y la integración, el control interno, la autonomía, la confianza en sí mismo, las aspiraciones y expectativas y los valores que tiene el sujeto con respecto a la familia, el trabajo y la vida en general<sup>32</sup>.

La falta de coincidencia entre las evaluaciones subjetivas y externas ha llevado a algunos autores a cuestionar la validez de las evaluaciones autoadministradas<sup>33</sup>. La concordancia

entre ambas evaluaciones parece ser menor en pacientes con menor nivel de insight<sup>34</sup>. Sainfort et al.<sup>35</sup> encontraron poca coincidencia entre clínicos y pacientes en la evaluación de la calidad de vida en aquellos aspectos que tenían que ver con ocupación y relaciones sociales, existiendo mayor coincidencia en la evaluación de los síntomas. Thapa y Rowland<sup>36</sup> también hallan diferencias significativas en la apreciación de varias áreas de la calidad de vida entre pacientes psiquiátricos crónicos y staff. Lehman<sup>37</sup>, aunque demuestra que es posible obtener datos de los enfermos mentales crónicos sobre su calidad de vida subjetiva, duda que podamos fiarnos de los juicios de estos pacientes sobre su calidad de vida, incluso tras demostrar su validez convergente con la apreciación clínica. Sin embargo, Skantze et al.<sup>27</sup> concluyen que los pacientes esquizofrénicos estables clínicamente, pueden evaluar y comunicar su calidad de vida de forma válida y fiable, por lo que consideran posible la evaluación subjetiva. Voruganti et al.<sup>48</sup> llegan a la misma conclusión. El estudio del TAPS<sup>39</sup>, utilizando el Patient Attitude Questionnaire, también ha demostrado la fiabilidad de las respuestas de los pacientes de larga estancia. El cuestionario de salud SF-36 ha demostrado una buena fiabilidad y consistencia interna en esquizofrénicos<sup>40, 41</sup>. Lo que queda claro es que la calidad de vida evaluada por los pacientes y el funcionamiento medido por los clínicos, son dos medidas distintas; ambas importantes, pero no intercambiables.

El cuestionamiento de la capacidad de los pacientes psiquiátricos para evaluar su calidad de vida deriva de los problemas afectivos, cognitivos y de distorsión de la realidad que pueden afectar la percepción de la calidad de vida y la comunicación de su percepción a otros. La distorsión afectiva es la que ha merecido mayor atención. La depresión y la ansiedad tienen efectos significativos en la percepción de su satisfacción con la vida<sup>37</sup>. Tanto el humor depresivo como el maníaco condicionan la visión del paciente, que considerará las circunstancias de su vida como más desfavorables en el primer caso y mucho mejores en el segundo, de lo que opinará un observador externo. El ánimo depresivo es un poderoso determinante de una evaluación negativa de la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos<sup>42, 43</sup>, pudiendo solaparse la depresión con la evaluación del bienestar y la satisfacción. La ansiedad también se relaciona con la satisfacción global con la vida<sup>44</sup>.

La presencia de delirios y alucinaciones distorsionará la percepción que una persona hace de su situación. Un escaso insight, como hemos dicho<sup>34</sup>, puede dificultar la evaluación de la calidad de vida.

Orley et al.<sup>45</sup>, argumentan que si la calidad de vida es considerada como subjetiva, habrá que concluir que la depresión afecta a la calidad de vida, pero no puede invalidar su evaluación o considerarse que la distorsiona. Se puede recomendar que la valoración de la depresión acompañe a la valoración de la calidad de vida en los pacientes esquizofrénicos.

Muchas veces se confunde la calidad de vida de los pacientes con otras medidas, como apoyo social o habilidades funcionales. Por supuesto que, desde el punto de vista objetivo para el equipo que le atiende, son medidas esenciales para valorar resultados y programar intervenciones, pero la evaluación de la calidad de vida no puede efectuarse frente a una norma ideal o considerada más conve-



niente; por ejemplo, hay que tener en cuenta que la interacción social puede provocar sentimientos negativos en personas con esquizofrenia, valorando de forma poco satisfactoria un aumento de sus contactos sociales. Debemos distinguir, por tanto, entre la mejoría funcional y la mejoría en la calidad de vida, no olvidando que esta última es una medida subjetiva, y el propio paciente es quien puede apreciarla. Evidentemente la calidad de vida no es una medida suficiente para programar actuaciones o evaluar resultados, pero es necesaria y debe ser aceptada como la opinión válida del paciente.

### 3.2. Instrumentos de evaluación de la CV en personas con Trastorno Mentales Graves

Los primeros instrumentos utilizados en la medida de la calidad de vida fueron escalas de bienestar psicológico. Posteriormente se desarrollaron instrumentos para evaluar el funcionamiento en la vida diaria, y así aparecieron medidas de discapacidad (Sickness Impact Profile), de salud percibida (Nottingham Health Profile) o del estado funcional (SF-36).

Recientemente la Organización Mundial de la Salud ha elaborado un instrumento (WHOQOL) que evalúa la calidad de vida «percibida» del sujeto, y puede medir los efectos de la enfermedad y las intervenciones sanitarias en la calidad de vida<sup>46</sup>. El EuroQol 5-D es un instrumento genérico que mide la calidad de vida relacionada con la salud. El EuroQol proporciona tres tipos de información: un perfil descriptivo de la calidad de vida del individuo en dimensiones, un valor de la calidad de vida global y un valor que representa la preferencia del individuo por estar en un determinado estado de salud<sup>47,48</sup>.

Tanto el SF-36, como el WHOQOL y el EuroQol han sido validados en población con esquizofrenia.

Los instrumentos genéricos son útiles en las personas con esquizofrenia porque proporcionan una información amplia de distintos aspectos de la vida.

Los instrumentos de evaluación de la calidad de vida deben reunir una serie de características<sup>49</sup>:

- ✓ Ser fácilmente administrados y puntuados, de manera que supongan la menor carga posible tanto para el paciente como para el evaluador.
- ✓ Ser subjetivos, en el sentido de que la información sea obtenida del propio paciente.
- ✓ Poseer adecuadas características psicométricas de fiabilidad, validez y sensibilidad.
- ✓ Abarcar un rango de dimensiones cuya contribución a la calidad de vida esté ampliamente aceptada, y al mismo tiempo que estén incluidas en la definición o base teórica a partir de la cual se ha desarrollado el instrumento.
- ✓ Ser conocidos y utilizados internacionalmente, para así permitir llevar a cabo estudios comparativos de tipo transcultural.

En las últimas décadas han aparecido una serie de instrumentos específicos para evaluar la calidad de vida en personas con trastornos mentales graves. Tienen la ventaja de ser más sensibles al cambio. Entre ellos, podemos destacar:

- Entrevista de Calidad de Vida de Lehman. Lehman Quality of Life Interview (QOLI): Lehman et al. (1982, 1983, 1988 y 1994)<sup>50,51,26,37</sup>.
- Escala de Calidad de Vida. Quality of life scale (QLS): Heinrichs et al. (1984)<sup>52</sup>.
- Perfil de Calidad de Vida de Lancashire. Lancashire Quality of Life Profile (LQOLP): Oliver (1991, 1996)<sup>53, 10</sup>.
- Wisconsin Quality of Life Index (WQOL): Becker et al. (1993)<sup>54</sup>.
- Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV): Giner et al. (1997)<sup>55</sup>.
- Schizophrenia Quality of Life Scale (SQLS): Wilkinson et al. (2000)<sup>56</sup>.
- Quality of Life Questionnaire in Schizophrenia (S-QOL): Auquier (2003)<sup>57</sup>.

Uno de los más útiles en rehabilitación es el Perfil de Calidad de Vida de Lancashire (LQOLP), desarrollado a partir del Quality of Life Interview (QOLI). Ha sido traducido al español<sup>49</sup>.

Para la descripción de los instrumentos de evaluación de la calidad de vida más útiles en rehabilitación psicosocial, ver anexo I.

### 3.3. Resultados de la evaluación de la CV en personas con Trastornos Mentales Graves

Los enfermos mentales graves y crónicos, especialmente los esquizofrénicos, tienen una calidad de vida peor que la población general y que los enfermos físicos. Las áreas de la vida con mayor insatisfacción varían entre los diferentes estudios. Malm et al.<sup>23</sup> encuentran mayor insatisfacción en educación y conocimiento, relaciones sociales, laborales, sexuales, ocio y finanzas. Lehman et al.<sup>51</sup> identificaron la situación económica junto con la seguridad personal como las áreas en que sus pacientes residentes en la comunidad estaban más insatisfechos. Sullivan et al.<sup>5</sup> y Kemmler et al.<sup>58</sup> también encontraron la situación económica como el área con mayor insatisfacción en pacientes residentes en la comunidad. La categoría de rol instrumental era la peor evaluada en la muestra de esquizofrénicos crónicos analizada por Heinrichs<sup>59</sup>.

La calidad de vida está influida principalmente por la psicopatología general, especialmente depresión y ansiedad. Otros aspectos que influyen en la calidad de vida son la red social y la autoestima<sup>59</sup>.

Distintos estudios han comprobado la mejoría de la calidad de vida en pacientes que asisten a programas psicosociales. Browne et al.<sup>60</sup> encuentran una mejoría significativa en los individuos que participan en un programa de rehabilitación intensiva, a pesar de no haber cambios en la gravedad de los síntomas o la dosis de medicación prescrita. La mejoría en la subescala de relaciones interpersonales (QLS) es la que proporcionó mayor contribución al aumento global de calidad de vida. Los grupos de educación para pacientes con esquizofrenia que incluyen información y resolución de problemas aumentan la calidad de vida, evaluada con el QLS<sup>61</sup>. La rehabilitación laboral también mejora la calidad de vida. El trabajo actúa como una palanca que estructura el día y afecta a otros dominios de la calidad de vida, según los resultados obtenidos por



Holzner et al.<sup>62</sup>. En nuestro país, Eizaguirre et al.<sup>63</sup> encuentran mejoría en QLS tras intervención en centro de rehabilitación psicosocial. Malla et al.<sup>64</sup> evalúan el impacto de un programa integrado de tratamiento farmacológico e intervenciones psicosociales de un año de duración en pacientes con primer episodio psicótico, encontrando mejoría en calidad de vida subjetiva (WQOL, versión del cliente) independientemente del cambio en los síntomas. Sin embargo, Taylor et al.<sup>65</sup> no encontraron mejoría en calidad de vida, evaluada con el LQOLP, tras intervención intensiva en la comunidad (PRIMS).

Atender a las necesidades percibidas por los pacientes es de particular importancia para asegurar una mejor calidad de vida<sup>66</sup>. La calidad de vida es muy compleja, pudiendo verse influida por el aumento de expectativas, la comparación social, la conciencia de la propia situación. En el proceso de rehabilitación pretendemos motivar, reconstruir un proyecto vital, y por tanto aumentar las expectativas del paciente. La utilización de recursos normalizados de la sociedad les pone en contacto con otras personas sin enfermedad y les enfrenta, en muchas ocasiones, al estigma. Para conseguir una mejor calidad de vida, hay que tratar los síntomas depresivos y negativos<sup>67</sup>.

#### 4. Recomendaciones para la evaluación de la calidad de vida en rehabilitación psicosocial

La importancia de la evaluación de la calidad de vida no reside en su medida en un momento dado, sino en el conocimiento y análisis de los cambios que se producen a lo largo del tiempo. La variación de la calidad de vida tiene que ver fundamentalmente con la presencia de síntomas depresivos, la red social, la satisfacción de necesidades y la autoestima. Al evaluar la calidad de vida y, sobre todo, a la hora de planificar intervenciones para mejorarla, debemos tener en cuenta todos esos factores .

Los instrumentos más utilizados para evaluar la calidad de vida en pacientes con enfermedades mentales crónicas han sido el QOLI de Lehman y el QLS de Heinrichs. Hay que tener en cuenta que el QLS fue inicialmente diseñado para medir el síndrome deficitario en sujetos esquizofrénicos y no es, por tanto, una buena medida de calidad de vida. El LQOLP será una mejor opción entre los cuestionarios específicos.

Con respecto a los cuestionarios genéricos, el SF-36<sup>68</sup> ha demostrado buenas propiedades psicométricas en personas diagnosticadas de esquizofrenia, pero contiene muchas preguntas relacionadas con la salud física y puede ser poco válido o sensible en personas con esquizofrenia, sobre todo para evaluar resultados de intervenciones de rehabilitación (puede ser de mayor utilidad para evaluar resultados de un nuevo fármaco). Tanto el WHOQOL como el EuroQol han demostrado ser aplicables en pacientes esquizofrénicos<sup>46, 47</sup>.

Teniendo en cuenta la complejidad del concepto «calidad de vida» y sus dificultades de evaluación en pacientes con trastornos mentales severos, la mayoría de los expertos<sup>69,70</sup> aconsejan utilizar medidas subjetivas y objetivas, que combinen la evaluación genérica con la específica. A la hora de elegir un instrumento de evaluación en rehabi-

litación psicosocial, además de su validez y fiabilidad, debemos tener en cuenta su contenido y la carga y dificultad que supone para el paciente.

Para evaluar la calidad de vida en usuarios de programas de rehabilitación psicosocial, se puede recomendar la utilización de un cuestionario genérico como el WHOQOL-Bref, que evalúa la calidad de vida percibida por el sujeto y permite la comparación con otras poblaciones, o el EuroQol 5-D. Para evaluar con mayor detalle se puede añadir un cuestionario específico como el Perfil de Calidad de Vida de Lancashire, que combina evaluación subjetiva y objetiva, es sencillo de aplicar, supone escasa carga para el entrevistador y entrevistado, existiendo una versión validada en castellano.

Estos instrumentos nos darán una medida de la calidad de vida y de cómo se modifica a lo largo del proceso de rehabilitación. Junto a ellos, no debemos olvidarnos de la entrevista con la persona cuya vida queremos ayudar a cambiar. Ese cambio es el objetivo de la rehabilitación; cambiar la vida de las personas que padecen trastornos mentales graves, y cambiarla en el sentido que ellas quieren. Para conseguirlo tenemos primero que saber cuáles son sus necesidades y sus metas. La evaluación de la calidad de vida en rehabilitación debe empezar con nuestro interés por cómo viven las personas que atendemos y saber qué vida quieren vivir.

TABLA 15.2. Propuesta de evaluación de la calidad de vida en rehabilitación

1.	Entrevista.
2.	Evaluación de factores que influyen en la calidad de vida: depresión, red social, necesidades, autoestima.
3.	Instrumentos de evaluación de la calidad de vida:
3.1.	Genéricos: WHOQOL –Bref Euroqol-5D
3.2.	Específicos: LQOLP

#### Bibliografía

1. Katschnig H. How useful is the concept of Quality of Life in Psychiatry. En Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, editores. Quality of Life in Mental Disorders. New York: Wiley&Sons; 1998. p. 3-16.
2. Avison W, Speechley K. The discharged psychiatric patient: a review of social, sociopsychological and psychiatric correlates of outcome. Am J Psychiatry 1987; 144 (1). 10-8.
3. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of life instruments. JAMA 1994; 272: 619-26.
4. Levitt AJ, Hogan TP, Bucosky CM. Quality of Life in chronically mentally ill patients in day treatment. Psychol Med 1990; 20: 703-10.
5. Sullivan G, Wells KB, Leake B. Quality of Life of seriously Mentally ill Persons in Mississippi. Hosp Comm Psychiatry 1991; 42 (7): 724-32.
6. Pinkney AA, Gerber GJ, Lafave HG. Quality of life after psychiatric rehabilitation: the clients' perspective. Acta Psychiatr Scand 1991; 83 (2): 86-91.
7. Leff J. Whose Life is it Anyway? Quality of Life for Long-stay Patients Discharged from Psychiatric Hospitals. En Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, editores. Quality of Life in Mental Disorders. New York: Wiley&Sons; 1998. p. 241-52..
8. Argermeyer MC, Kilian R. Theoretical Models of Quality of Life for Mental Disorders. En Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, editores. Quality of Life in Mental Disorders. New York: Wiley&Sons; 1998. p. 19-30.

9. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model, treatment program and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 392-7.
10. Oliver J, Huxley P, Bridges K, Mohamad H. *Quality of life and Mental Health Services*. London: Routledge; 1996.
11. Sartorius N. Quality of Life and Mental Disorders: A global Perspective. En Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, editores. *Quality of Life in Mental Disorders*. New York: Wiley & Sons; 1998. p. 319-28.
12. Okin RI, Pearsall D. Patients' perceptions of their quality of life after discharge from a state hospital. *Hosp Comm Psychiatry* 1993; 44 (3): 236-40.
13. Borge L, Martinsen EW, Ruud T, Watne O, Friis S. Quality of life, loneliness, and social contact among long-term psychiatric patients. *Psychiatr Serv* 1999; 50 (1): 81-4.
14. Zissi A, Barry MM, Cochrane R. A mediational model of quality of life for individuals with severe mental health problems. *Psychol Med* 1998; 28 (5): 1221-30.
15. Mercier C, King S. A latent variable causal model of the quality of life and community tenure of psychotic patients. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89: 72-7.
16. Sartorius N. Rehabilitation and Quality of Life. *Hosp Comm Psychiatry* 1992; 43: 1180-1.
17. Desviat M. Calidad subjetiva de vida, calidad de los servicios. *Psiquiatría Pública* 1996; 8 (3). 143-4.
18. Weitbrecht HJ. [R Echevarría, trad.]. *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Gredos; 1969.
19. Spilker B. *Quality of Life Assessment in Clinical Trials*. New York: Raven Press; 1990.
20. WHOQOL Group. Study Protocol for the World Health Organization Project to develop a Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL). *Qual Life Res* 1993; 2: 153-59.
21. Barcia D, Morcillo L. Calidad de vida en esquizofrénicos y dementes. En Bobes J, Cervera S. *Calidad de vida y calidad de asistencia*. Menarini Area Científica 1996. p. 11-49.
22. Bobes J, González MP. Quality of Life in schizophrenia. En Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, editores. *Quality of Life in Mental Disorders*. New York: Wiley & Sons; 1998. p. 165-78.
23. Malm U, May PARA, Dencker SJ. Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatient: A checklist. *Schizophrenia Bull* 1981; 7 : 477-87.
24. Bigelow DA, Brodsky G, Stewart L, Olson M. The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. En Stahler GJ, Tash WR, editors. *Innovative Approaches to Mental Health Evaluation*. New York: Academic Press; 1982: 345-66.
25. Bigelow DA, McFarland BH, Olson MM. Quality of life of community health program clients: validating a measure. *Community Ment Health J* 1991; 27: 43-55.
26. Lehman AF. A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planing* 1988; 11: 51-62.
27. Skantze K, Malm U, Dencker SJ, May PR, Corrigan P. Comparison of quality of life with standar of living in schizophrenic outpatients. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 797-801.
28. Awad AG. Calidad de vida en los pacientes esquizofrénicos medicados. En Shriqui CL, Nasrallah HA, editores. *Aspectos actuales en el Tratamiento de la Esquizofrenia*. Madrid: editores médicos; 1995. p. 839-53.
29. Awad AG, VorugantiLNP, Heslegrave RJ. A conceptual model of quality of life in schizophrenia: Description and preliminary clinical validation. *Qual Life Res* 1997; 6: 21-6.
30. Ibañez E, Giner J, Cervera S, Baca E, Bobes J, Leal C. El cuestionario Sevilla de Calidad de Vida: propiedades psicométricas. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1997; 25, suppl. 2: 24-31.
31. Corten P, Mercier C, Pele I. «Subjective quality of life»: clinical model for assessment of rehabilitation treatment in psychiatry. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 29(4): 178-83.
32. Verdugo MA. Como mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. *Instrumentos y estrategias de evaluación*. 2006, Salamanca: Amarú ediciones.
33. Atkinson M, Zibin S, Chuang H. Characterizing Quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination on the self report methodology. *Am J Psychiatry* 1997; 154 (1): 99-105.
34. Doyle M, Flanagan S, Browne S, Clarke M, Lydon D, Larkin C, et al. Subjective and external assessment of quality of life in schizophrenia. Relationship o insight. *Acta Psychiatr Scand* 1999, 99 (6): 466-72.
35. Sainfort F, Becker M, Diamond R. Judgments of quality of life of individuals with severe mental disorders: Patients self-report versus provider perspectives. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 497-502.
36. Thapa K, Rowland LA. Quality of life perspectives in long-term care: staff and patient perceptions. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 80: 267-71.
37. Lehman AF, Postrado LT, Rachuba LT. Convergent validation of quality of life assessment for persons with severe mental illness. *Qual Life Res* 1993; 2: 327-33.
38. Voruganti L, Heslegrave R, Awad AG, Seeman MV. Quality of life measurement in schizophrenia: reconciling the quest for subjectivity with the question of reliability. *Psychol Med* 1998; 28 (1): 165-72.
39. Thornicroft G, Gooch C, O'Driscoll C, Reda S. The TAPS project : The reliability of the Patient Attitude Questionnaire. *Br J Psychiatry* 1993; 162 Supl 19: 25-9.
40. Russo J, Trujillo CA, Wingerson D, Decker K, Ries R, Wetzler H et al. The MOS 36-Item Short Form Health Survey: reliability, validity, and preliminary findings in schizophrenic outpatients. *Med Care* 1998; 36: 752-6.
41. Tunis SL, Croghan TW, Heilman DK, Johnstone BM, Obenchain RL. Reliability, validity, and application of the medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36) in schizophrenic patients treated with olanzapine versus haloperidol. *Med Care* 1999; 37: 678-91.
42. Mechanic D, McAlpine D, Rosenfield S, Davis D. Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. *Soc Sci Med* 1994; 39 (2): 155-64.
43. Dickerson FB, Ringel NB, Parente F. Subjective quality of life in out-patients with schizophrenia: clinical and utilization correlates. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98 (2): 124-7.
44. Huppert JD, Smith TE. Longitudinal analysis of subjective quality of life in schizophrenia: anxiety as the best symptom predictor. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189 (10): 669-75.
45. Orley J, Saxena S, Herrman H. Quality of life and mental illness. Reflections from the perspective of the WHOQOL. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 291-3.
46. Lucas R. *Versión española del WHOQOL*. Madrid: Ediciones Ergon; 1998.
47. Prieto L, Novick D, Sacristan Ja, Edgell ET, Alonso J. SOHO Study Group. A Rash model analysis to test the cross-cultural validity of the EuroQol-5D in the Schizophrenia Outpatient Health Outcome Study. *Acta Psychiatr Scand* 2003; Supl (416): 24-9.
48. Bigelow DA, Gareau MJ, Young DJ. A quality of life interview. *Psychosoc Rehabil J* 1990; 14: 94-8.
49. Vazquez-Barquero JL, Gaité L, Ramírez N, García Usieto E, Borra Ruiz C, Sanz García O et al. Desarrollo de la versión española del perfil de calidad de vida Lancashire-LQOLP. *Archivos de Neurobiología* 1997; 60(2): 125-39.
50. Lehman AF, Ward N, Linn L. Chronic mental patients: the quality of life issue. *Am J Psychiatry* 1982; 139 (10). 1271-6.
51. Lehman AF. The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill. *Evaluation and Program Planning* 1983; 6: 143-51.
52. Heinrichs DW, Hanlon ET, Carpenter WT. The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull* 1984; 10: 388-98.
53. Oliver JP. The social care directive: Development of a quality of life profile for use in community services for the mentally ill. *Social Work and Social Sciences Review* 1991; 3: 5-45.
54. Becker M, Diamond R, Sainfort F. A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Qual Life Res* 1993; 2: 239-51.
55. Giner J, Ibañez E, Baca E, Bobes J, Leal C, Cervera S. Desarrollo del Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV). *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1997; 25 supl 2: 11-23.
56. Wilkinson G, Hesdon B, Wild D, Cookson R, Farina C, Sharma V et al. Self report quality of life measure for people with schizophrenia; the SQLS. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 42-6.

57. Auquier P, Simeoni MC, Sapin C, Reine G, Aghababian V, Cramer J, Lancon C. Development and validation of a patient-based health-related quality of life questionnaire in schizophrenia: the S-QoL. *Schizophr Res* 2003; 63: 137-49.
58. Kemmler G, Holzner B, Neudorfer CH, Schwitzer J, Meise U. What constitutes overall life satisfaction of chronic schizophrenic outpatients? Results of a pilot study using the Lancashire Quality of Life Profile. *Qual Life Res* 1995; 4: 445-6.
59. Hansson L. Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2006;(429):46-50.
60. Browne S, Roe M, Lane A, Gervin M, Morris M, Kinsella A et al. Un informe preliminar sobre el efecto de un programa de rehabilitación psicosocial y educativa en la calidad de vida y síntomas de la esquizofrenia. *Eur Psychiatry Ed Esp* 1997; 4: 234-8.
61. Attkinson Jm, Coia DA, Gilmour WH, Harper JP. The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 199-204.
62. Holzner B, Kemmler G, Meise U. The impact of work-related rehabilitation on the quality of life of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33 (12): 624-31.
63. Eizaguirre L, Cerviño MJ, Fernández E, Salamero C. Calidad de vida y rehabilitación de enfermos mentales crónicos. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1996; 59: 427-40.
64. Malla AK, Norman RM, McLean TS, McIntosh E. Impact of phase-specific treatment of first episode of psychosis on Wisconsin Quality of Life Index (client version). *Acta Psychiatr Scand.* 2001; 103 (5): 355-61.
65. Taylor RE, Leese M, Clarkson P, Holloway F, Thornicroft G. Quality of life outcomes for intensive versus standard community mental health services. *PRiSM Psychosis Study. 9. Br J Psychiatry* 1998; 173: 416-22.
66. Lasalvia A, Bonetto C, Malchiodi F, Salvi G, Parabiaghi A, Tansella M, Ruggeri M. Listening to patients' needs to improve their subjective quality of life. *Psychol Med.* 2005; 35(11): 1655-65.
67. Narvaez JM, Twanley EW, McKibbin CL, Heaton RK, Patterson TL. Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2008; 98(1-3): 201-8.
68. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36). *Med Care* 1992; 30: 473-83.
69. Katschnig H. Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 supl 407: 33-7.
70. Bobes J. Current status of quality of life assessment in schizophrenic patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2001; 251 supl 2 38-42.
71. Badia X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin* 1999; 112 Supl 1:79-85.

## ANEXOS

## Instrumentos de evaluación de la Calidad de Vida

• *EuroQol 5D.*

El EuroQol 5D es una medida genérica y multidimensional de la calidad de vida relacionada con la salud que puede expresarse como un perfil del estado de salud o como un valor índice para ser usado en estudios de coste-efectividad. Existen múltiples versiones de esta escala, así como numerosas traducciones oficiales y adaptaciones culturales. La versión en castellano ha sido validada por Badía et al. (71).

Evalúa las siguientes áreas:

- Movilidad.* Esta variable la componen tres categorías: no tengo problemas para caminar, tengo algunos problemas para caminar y tengo que permanecer inmóvil.
- Cuidado personal.* Se divide en tres categorías: No tengo problemas con el cuidado personal, tengo algunos problemas para lavarme o vestirme y soy incapaz de lavarme o vestirme.
- Actividades de la vida cotidiana.* Esta variable contempla actividades como trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre. Consta de tres categorías: No tengo problemas para realizar las actividades de mi vida cotidiana, tengo algunos problemas y soy incapaz de realizarlas.
- Dolor/malestar.* Se divide en tres categorías: No tengo dolor o malestar, tengo moderado dolor o malestar y tengo mucho dolor o malestar.
- Ansiedad/depresión.* Se divide en tres categorías: No estoy ansioso o deprimido, estoy moderadamente ansioso o deprimido y estoy muy ansioso o deprimido.
- Estado de salud actual comparado con los últimos 12 meses.* Esta variable contempla tres categorías que son: peor, igual y mejor.
- Salud hoy.* Es una variable cuantitativa continua. El individuo puntúa su estado de salud en una Escala Visual Analógica milimétrica (EVA) o termómetro de 20 mm cuyos extremos son el 0 (peor estado de salud imaginable) y el 100 (mejor estado de salud imaginable). El encuestado deberá marcar con una línea la percepción que tiene de su estado de salud en el momento de la evaluación.

Es un cuestionario autoaplicable, sin embargo dado que la autoevaluación del estado de salud puede resultar compleja, se aconseja su aplicación por personal entrenado. Puede ser administrado tanto en pacientes como en población general, y tarda en cumplimentarse un promedio de cinco minutos. El EuroQol-5D ha sido validado en pacientes esquizofrénicos<sup>47</sup>.

• *WHOQOL-Bref*

La Organización Mundial de la Salud decidió desarrollar de una manera transcultural una medida para evaluar la calidad de vida percibida por una persona. El Proyecto WHOQOL es parte de un objetivo mayor hacia la «Salud para Todos» y de la promoción del bienestar mental, social, y físico. El WHOQOL es un instrumento desarrollado simultáneamente en diferentes países del mundo, comparable en diferentes lenguas y culturas. Las preguntas que contiene el WHOQOL son autoevaluaciones de la calidad de vida de la persona. Las preguntas han sido obtenidas a partir de grupos de opinión compuestos por tres tipos de poblaciones: personas en contacto con los servicios sanitarios (pacientes), personal sanitario y personas de la población general. El WHOQOL fue desarrollado de forma paralela en 15 países y en la actualidad existe en más de treinta lenguas. Es aplicable tanto a personas sanas como enfermas.

Se trata de un instrumento genérico que evalúa la calidad de vida percibida por el sujeto. El WHOQOL-Bref produce un perfil de 4 áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Tanto la validez discriminante, como la validez de contenido y la fiabilidad Test-retest son buenas. Es un cuestionario autoadministrado. El tiempo de referencia contemplado es de 2 semanas.

El WHOQOL-BREF se compone de un total de 26 preguntas, incluyendo una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en la versión larga (WHOQOL-100), y 2 preguntas globales: calidad de vida

global y salud general. Cada ítem tiene 5 opciones tipo Likert. El tiempo de referencia que contempla es de 2 semanas. Es un cuestionario autoadministrado. Cuando la persona no sea capaz de leer o escribir por razones de cultura, educación o salud, puede ser entrevistado. Las dos versiones del WHOQOL están validadas en español<sup>46</sup>.

El WHOQOL-Bref discrimina entre sujetos sanos, enfermos generales y esquizofrénicos, siendo estos últimos los que muestran puntuaciones más bajas.

## Áreas del WHOQOL-Bref:

## Calidad de vida global y Salud general

Área 1. *Salud física*

Dolor y malestar  
Sueño y descanso  
Energía y fatiga  
Movilidad  
Actividades diarias  
Dependencia en sustancias médicas y ayudas médicas  
Capacidad de trabajo

Área 2. *Psicológica*

Sentimientos positivos  
Pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración  
Autoestima  
Imagen corporal y apariencia  
Sentimientos negativos  
Espiritualidad /Religión/Creencias personales

Área 1. *Relaciones sociales*

Relaciones personales  
Apoyo social  
Actividad sexual

Área 4. *Ambiente*

Libertad, seguridad física  
Ambiente del hogar  
Recursos económicos  
Sistemas sanitario y social: accesibilidad y calidad  
Oportunidades para adquirir información y habilidades nuevas  
Participación en/ y oportunidades de descanso, recreo/actividades de ocio  
Ambiente físico (polución/ ruido/ tráfico/ clima  
Transporte

• *Perfil de Calidad de Vida de Lancashire (LQOLP)*

Desarrollado en el Reino Unido para evaluar el impacto de los programas de atención comunitaria sobre la calidad de vida de las personas con trastornos mentales severos. Basado en el QOLI de Lehman. Consiste en una entrevista estructurada y autoevaluada por el paciente que requiere unos 30-60 minutos para su cumplimentación. Existe una versión española, desarrollada y utilizada dentro del proyecto internacional «Valoración de las necesidades, calidad de vida, resultados y coste-efectividad en la atención de los pacientes con esquizofrenia en la comunidad europea», financiado por la Unión Europea<sup>67</sup>.

Comprende tanto datos sociodemográficos, como valoraciones relativas al bienestar objetivo (externo al individuo) y subjetivo (del propio individuo). Evalúa las siguientes áreas: trabajo/educación, tiempo libre, religión, finanzas, alojamiento, problemas legales y de seguridad, relaciones familiares, relaciones sociales, salud y autoestima. Su validez y fiabilidad han sido consideradas adecuadas. De cada una de las áreas se recogen diversos datos de tipo objetivo (ingresos, participación social, utilización de estructuras sanitarias, circunstancias de la vivienda y la familia, etc.) y se evalúa además un componente subjetivo de calidad de vida percibida o bienestar psicológico. Este último se obtiene a través del juicio que el paciente realiza de cada uno de los aspectos objetivos, evaluados en el instrumento, mediante una escala tipo Likert (Escala de satisfacción con la vida: ESV) de 7 puntuaciones que van desde la peor valoración hasta la mejor.





# Capítulo 17. Evaluación en el Tratamiento Asertivo Comunitario

Juan José Martínez Jambrina, Angel Roberto Fernández García

## Introducción

El Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario de Avilés es el primer dispositivo de este tipo desarrollado en España. Se pone en marcha en el año 1999 para dar respuesta a las crecientes necesidades que experimentan los enfermos mentales de mayor gravedad y sus familiares. Se entiende como un dispositivo independiente y autónomo del Centro de Salud Mental con unos objetivos y una población diana específica. Dada la ausencia de modelos prácticos previos a la apertura del ETAC de Avilés, el esquema de implantación seguido ha servido de guía para la apertura de nuevos dispositivos en otros lugares. Se exponen las bases conceptuales sobre las que se sustenta la praxis asistencial. Se explica el funcionamiento interno del Equipo, su composición y metodología de trabajo.

Los análisis que han realizado diversos autores sobre la Reforma Psiquiátrica en España concuerdan en que no ha habido un desarrollo homogéneo y ni siquiera coherente. También suele existir coincidencia a la hora de señalar los factores que justificarían el escaso desarrollo. Los dos factores principales serían:

1. El insuficiente desarrollo en la comunidad de estructuras o dispositivos intermedios y de apoyo, así como de programas de rehabilitación y acogida de los pacientes.
2. Notoria insuficiencia de las formas más propia-mente comunitarias de actuación como puede ser la continuidad de cuidados (expresada en la intervención en crisis, visitas domiciliarias, etc).

Y es que un grupo importante de nuestros usuarios son pacientes graves con variadas categorías diagnósticas, cuyos síntomas son suficientemente importantes como para interferir en las capacidades funcionales de la vida diaria: autocuidado, transacciones sociales y laborales, aprendizaje, ocio, etc. Esa gravedad puede amortiguarse o agudizarse dependiendo de la riqueza, densidad y diversidad de la red social en la que estos pacientes están insertos, pudiendo generar en ellos un mayor o menor grado de afrontamiento.

La observación de nuevos modelos de cronicidad y los nuevos patrones de utilización de servicios obligan a plantearse estrategias que den respuesta a las necesidades diferenciadas del paciente en los diversos momentos de su proceso, y en esto consiste en esencia la llamada continuidad de cuidados que muchos han considerado como el principio fundamental de la psiquiatría comunitaria.

Para garantizar esa continuidad de cuidados surgen los programas de seguimiento comunitario que encuentran su justificación en:

- La subestimación previa del potencial de mejora de las personas con trastornos mentales.
- La necesidad de priorizar la atención a las personas que padecen los trastornos más graves.
- La necesidad de incrementar los recursos destinados a estos casos más graves.
- La escasa cobertura, por parte de otras agencias, de las necesidades derivadas de los graves déficits de estos pacientes.
- La actual tendencia a una asistencia con muy escaso trabajo comunitario, pocas visitas a domicilio, deficiente colaboración con Atención Primaria y servicios sociales, etc.
- Poca satisfacción de las expectativas de pacientes, familiares y profesionales.

Estos programas y las consiguientes formas de intervención deben ser prioritariamente integradas, de forma que permitan articular intervenciones farmacológicas, intervenciones psicológicas que posibiliten abordajes psicoterapéuticos desde los diferentes modelos y escuelas, todo ello con las necesarias intervenciones sociales, familiares y laborales.

Toda esta complejidad de programas terapéuticos no puede ser asumida por un solo profesional dada su imposibilidad para dar respuesta a todos los aspectos de los que estamos hablando; por ello, todas las actuaciones deben asentarse en un EQUIPO terapéutico.

En el área sanitaria de Avilés teníamos constancia del número de casos graves, de las «pérdidas» de muchos de esos casos, de la utilización reiterada de las urgencias hospitalarias ante las descompensaciones. Y nos planteamos dar respuesta a esta situación desde el llamado MODELO AVILÉS

No se trata de presentar un área sanitaria modelo sino un modelo de área sanitaria que pretende en la asistencia en Salud Mental, lograr las máximas prestaciones de los recursos disponibles, adecuando los Servicios a las necesidades que van surgiendo entre la población subsidiaria de atención. Es, pues, un modelo dinámico en este sentido.

## ¿Cómo surge el modelo Avilés?

Nos inspiramos en un programa aplicado y evaluado en múltiples ocasiones, del cual se ha llegado a afirmar que es la principal aportación a la Salud Mental Comunitaria en los últimos años del siglo XX. Nos referimos al PACT o ACT o Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario en la comunidad, que Mary Ann Test y Leonard Stein diseñan en el Hospital Psiquiátrico de Madison, Wisconsin en 1973.

El MODELO AVILÉS es un modelo organizativo posible en lugares (Áreas) con un desarrollo extenso de dispositivos de Salud Mental, que con una orientación marcadamente comunitaria, posibilita la integralidad de las intervenciones y que está fundamentado en la noción de continuidad de cuidados en usuarios con Trastornos Mentales Graves.

### *Evolución conceptual del tratamiento asertivo comunitario*

Los inicios del Tratamiento Asertivo Comunitario pueden establecerse en el Hospital psiquiátrico de Mendota, Madison, Wisconsin, EEUU en 1973, cuando Leonard Stein, Mary Ann Test y Arnold Marx ponen en marcha el denominado «Programa para la prevención de la institucionalización» donde incorporan abordajes de índole psicosocial para ayudar a los pacientes a mantenerse en la comunidad.

En 1980, ponen en marcha el primer programa TAC, con la denominación de Entrenamiento para la vida comunitaria, publicando los primeros resultados: se disminuía de forma significativa el fenómeno de «puerta giratoria» y los pacientes mejoraban en sintomatología, empleo, relaciones sociales y satisfacción subjetiva con su vida.

El enfoque preconizaba la prestación de la asistencia «in vivo», en el ambiente habitual del paciente. Los mecanismos de afrontamiento del estrés se aprenderían allí donde iba a ser necesario ponerlos en funcionamiento.

Ha sido el sistema de aporte de cuidados comunitarios más estudiado y evaluado hasta la fecha. Los hallazgos más consistentes coinciden en reforzar la impresión de que los pacientes viven de forma más independiente, sin aumentar la carga familiar y pasan menos tiempo hospitalizados. Stein y Test describen 8 requerimientos mínimos a cumplir:

- Provisión de recursos materiales básicos, como alimentación, alojamiento y atención médica.
- Generar habilidades de adaptación para responder a las demandas de la vida comunitaria, que deben ser aprendidas sobre el terreno en que van a practicarse.
- Motivar al paciente para mantenerlo implicado en la vida.
- Evitar establecimiento de relaciones patológicas de dependencia, favoreciendo la adquisición de autonomía en el paciente.
- Apoyo e información a los miembros del entorno del paciente.
- El programa debe ser asertivo, proactivo, para frenar la tendencia al abandono.
- Debe incluir tratamiento farmacológico y las intervenciones clínicas precisas, pero su foco de atención principal deben ser las capacidades más conservadas de cada paciente.
- Perspectiva de que habrá que intervenir, durante los 7 días de la semana, 24 hs. al día. La mayor parte de las intervenciones, fuera del despacho.

Sobre esta filosofía se estructura el Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario de Avilés. Tras varios años de funcionamiento y tras haber contrastado nuestra

experiencia también con el llamado MODELO INGLÉS, que convive con una mayor y mejor dotación de la asistencia sanitaria pública en Salud Mental que la norteamericana, hemos ido estructurando una forma de funcionamiento diferenciada y adaptada a la realidad asistencial española cuyo espíritu queda perfilado en el Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985.

### *El equipo de tratamiento asertivo comunitario en Avilés*

El Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario del área III empezó a funcionar en junio de 1999, como una propuesta organizativa dirigida a suministrar atención en la comunidad a los pacientes con trastornos mentales graves y persistentes tratando de consolidar la continuidad de cuidados.

### *Objetivos*

Detectar a la población diana a la que va dirigido el programa, poniendo énfasis especial en las personas con dificultad de acceso a los recursos. (La identificación de los pacientes es un prerrequisito responsabilidad de otros dispositivos).

- Diagnosticar y evaluar las necesidades del paciente.
- Realizar un censo de recursos comunitarios.
- Elaborar, ejecutar y evaluar planes individualizados de rehabilitación.
- Velar por los derechos de las personas con trastornos mentales graves y potenciar su vida social autónoma.
- Mejorar las actitudes de la comunidad respecto a las enfermedades mentales.

### *Principios*

- El lugar de atención es la COMUNIDAD. Al centrar la atención en el ámbito comunitario del paciente se consigue conectar con la realidad con la que pretendemos que este se relacione de forma competente. El objetivo es preparar a la persona para que viva en su entorno natural y para que participe de ese entorno en la misma medida que el resto de los ciudadanos.
- Utilización de RECURSOS NORMALIZADOS en la medida en que es posible. Aunque el principio de normalización debe presidir toda la intervención comunitaria en rehabilitación, se debe tener presente que muchas veces no existen ámbitos normalizados en los que los usuarios de los servicios de rehabilitación puedan extraer los beneficios que requiere su recuperación.
- La cobertura debe procurar la máxima INDIVIDUALIZACIÓN. Una intervención rehabilitadora que aspire a implicar en ella a los pacientes debe ser entendida como un proceso individual, en el que se potencien las capacidades del paciente más que se trate la patología.
- La relación con el paciente debe ser ASERTIVA. No se espera que el paciente demande atención al equipo de tratamiento, sino que es el propio equipo quien se la ofrece, tratando de persuadirle de que su calidad de vida puede mejorar.

- Se trata de conseguir la máxima AUTONOMÍA y responsabilidad del usuario dentro de lo tolerable por él.
- La implicación del paciente en el proceso de rehabilitación es ACTIVA.
- Se considera a la FAMILIA como un factor primordial en la rehabilitación del paciente, ya que constituye el principal recurso de atención, cuidado y soporte social del enfermo mental. Se le reconoce la necesidad de apoyo y asesoramiento en el manejo del paciente.

### Criterios de selección en el programa

Las siguientes entidades diagnósticas:

- Esquizofrenia.
- T. esquizoafectivo.
- T. bipolar.
- T. paranoide.
- Depresión mayor.
- T. obsesivo-compulsivo.

No cumplen las indicaciones aquellas personas con diagnóstico primario de abuso de sustancias, retraso mental, trastorno mental orgánico o trastorno de personalidad.

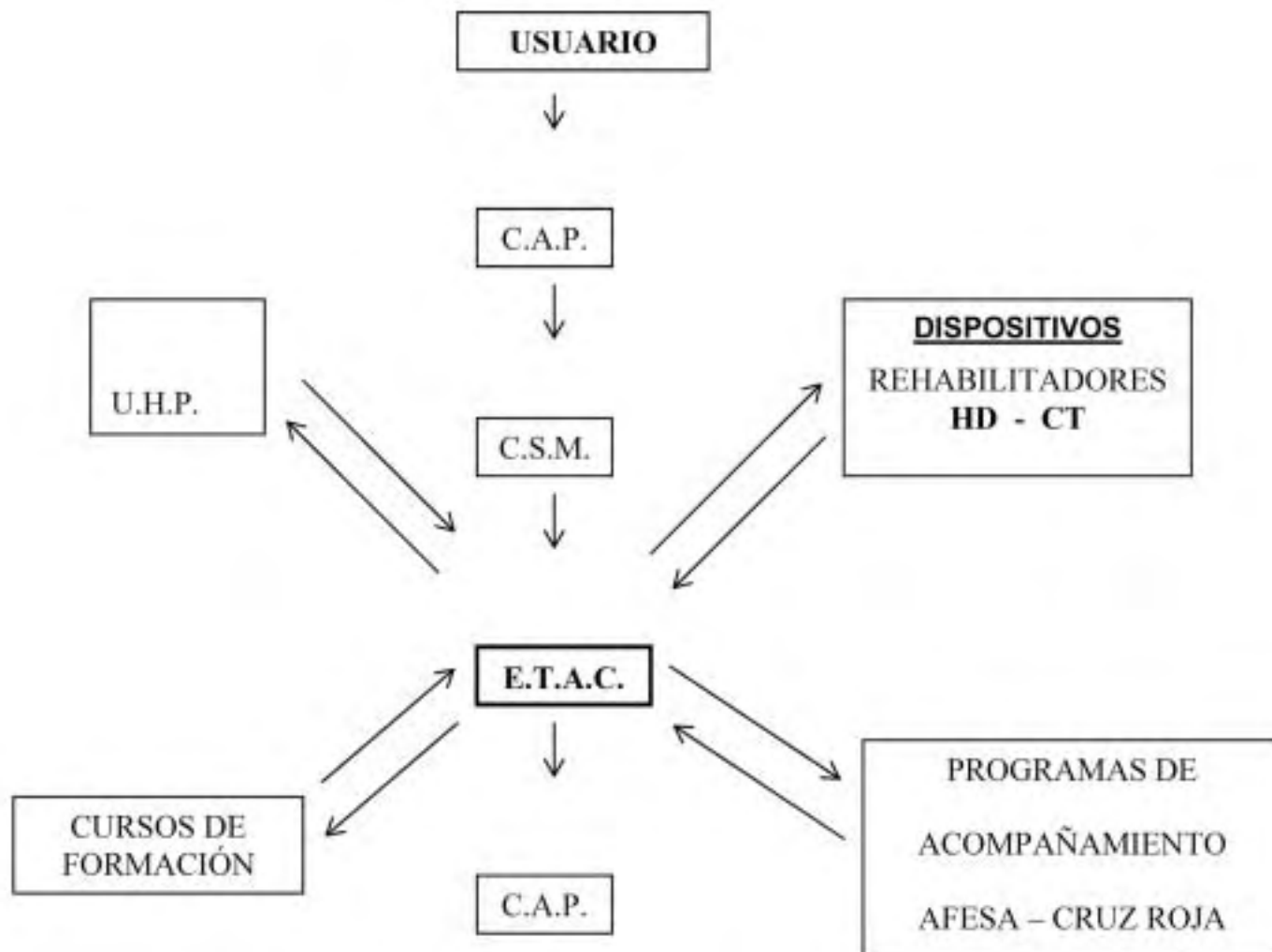
Aparte de los diagnósticos se valorarán características tales como la gravedad (pacientes con descompensación clínica crónica, factores de riesgo concurrentes de mala evolución, ...) y duración del TMS, cuya presentación clínica deberá mantenerse durante dos años como mínimo.

Se valorarán asimismo los componentes sociales (sobrecarga familiar, escaso apoyo familiar al paciente, ausencia de red social, incapacidad funcional del paciente, déficits importantes en autonomía...) y el nivel de utilización de los servicios (hospitalizaciones muy prolongadas o puerta giratoria).

También serán objeto de exclusión aquellos pacientes que cuenten con más de 70 años y los menores de 16.

### Lugar que ocupa en la Red Sanitaria. Organigrama (Figura 2)

FIGURA 2





Aunque adscrito al área de estructuras rehabilitadoras junto con el hospital de día y la comunidad terapéutica, el ETAC, ocupa una situación intermedia a caballo entre el CSM y los dispositivos rehabilitadores más clásicos.

La vía de acceso dentro de la red de salud mental se tramita siempre a través del CSM. Si otro dispositivo de la red considera oportuno derivar un paciente al ETAC, lo hace de acuerdo con el centro de atención ambulatoria. En cualquier caso, siempre figura como derivante el terapeuta de referencia en el CSM.

El ETAC como coordinador de la atención de los casos que tiene en cartera, tiene la capacidad de remitir pacientes al hospital de día, comunidad terapéutica y a la unidad de hospitalización psiquiátrica del Hospital San Agustín.

Resumiendo se puede señalar como característica del Equipo su funcionamiento sinérgico con el resto de dispositivos del Área (nunca antagónico).

## Ubicación física y dotación de recursos materiales

Situado en la plaza de Santiago López de Avilés, comparte espacio con el CSM II del área III. Presta atención de lunes a viernes, en jornada laboral de 8 a 15 horas. Se dispone de dos teléfonos móviles y de dos vehículos adscritos al área.

## Composición del ETAC

Respondiendo a uno de los principios básicos del modelo de atención comunitaria se trata de un equipo multidisciplinar que aborda las necesidades del paciente de manera integral. Cuenta con:

- Un médico psiquiatra con dedicación a tiempo completo.
- Personal de enfermería con dedicación específica al programa total o parcial.
- Dos diplomados universitarios en enfermería, uno de ellos a tiempo parcial (lunes, miércoles y jueves en el ETAC; martes y viernes en la UTT).
- Un auxiliar sanitario especialista en psiquiatría.
- Dos auxiliares de enfermería, una de ellas a tiempo completo, la otra a media jornada.
- Una trabajadora social, con dedicación parcial al programa.

## Organización interna

El ETAC tiene un responsable clínico (médico-psiquiatra) y un responsable organizativo, función esta que se desempeña de forma rotatoria por el resto de los componentes del mismo. Como equipo multidisciplinar, el modelo de funcionamiento en la gestión de casos es el ASERTIVO COMUNITARIO, con aportaciones desde otras perspectivas (bajo ratio pacientes/staff; énfasis en el tratamiento en el entorno habitual del paciente; suministro directo de servicios; apoyos prácticos: compra, vivienda, transporte...)

Los casos en cartera tienen asignado un tutor principal y un segundo responsable. Este último realiza la función

de apoyo en las intervenciones y seguimiento del paciente, y en ausencia del primero (vacaciones, baja laboral...) asume la gestión del caso.

Todos los componentes del equipo, a excepción del responsable clínico, desempeñan la figura de tutor o coordinador de cuidados.

Cada tutor principal con dedicación exclusiva al programa es el referente permanente para un máximo de 15 pacientes. Si las necesidades de los pacientes fueran particularmente elevadas o precisaran de un seguimiento más intensivo esta proporción 10/1 debería ser inferior.

Con el objeto de flexibilizar el funcionamiento del ETAC, es importante que todos los miembros del equipo estén al tanto de la evolución de cada paciente. Así, el ETAC puede intervenir con máxima eficacia cuando varios pacientes se encuentran en crisis al mismo tiempo, o bien cuando falta algún miembro del equipo.

El ETAC mantiene reuniones diarias de coordinación de contenido funcional.

## Fases en la intervención del ETAC

**DERIVACIÓN DEL CASO.**—El equipo recibe una petición verbal de ingreso del paciente por parte de su terapeuta de referencia en el CSM. Valorado el perfil del paciente, y siempre que cumpla los criterios de inclusión en el programa se le asigna un tutor y un segundo responsable, que junto con el responsable clínico hacen las entrevistas de evaluación.

**ENTREVISTA DE ACOGIDA.**—El responsable clínico del ETAC junto con los profesionales asignados al caso acuden al CSM para realizar la entrevista de acogida a paciente y familia. El derivante del caso realiza las presentaciones y media en la entrevista.

**FASE DE «ENGANCHE» Y ENTREVISTAS DE EVALUACION.**—Con toda la información recogida, y tras un primer análisis del problema, se decide cuáles serán las características de los primeros contactos con el usuario (espacio físico donde se realizarán, personas que asistirán, contenido de las entrevistas con el usuario, duración del contacto...). Durante esta fase se ha de ser extremadamente prudente. Por un lado, no podemos olvidar que en base a estas primeras interacciones se va a ir cimentando la relación terapéutica con el paciente, de la que va a depender en gran medida el buen discurrir del proceso de rehabilitación; por otro, debemos tener presente que las futuras intervenciones van a desarrollarse fundamentalmente en el medio del paciente, bien en su propio domicilio, bien en su entorno comunitario, por lo que siempre debemos mostrarnos cautos y respetuosos.

«Enganche» y evaluación se van supeditando y adaptando a las características individuales de cada paciente, siendo lo más frecuente que se solapen.

La duración del proceso se plantea como ilimitada, pudiendo en la fase de evaluación devolver el paciente a su terapeuta de referencia si se considera que no cumple los criterios de inclusión, o si paciente y familiares no aceptan las intervenciones propuestas. Una vez aceptado el paciente, suele mantenerse en el ETAC por un periodo mínimo de cinco años.

**DISEÑO DEL PLAN TERAPÉUTICO INDIVIDUAL DE REHABILITACIÓN.**—Una vez «enganchado» el paciente, y finalizada la fase de recogida y análisis de los datos se diseñará el plan individualizado de intervención. En él se tratará de establecer para cada paciente:

- Las necesidades concretas.
- Necesidades asistenciales.
  - De salud general.
  - De salud mental:
- Necesidades rehabilitadoras:
  - De autocuidado.
  - De habilidades de la vida diaria.
  - De soporte relacional.
  - De ayudas básicas (alimentos, alojamiento,...).
  - De ayuda a la búsqueda de empleo y a la integración laboral.
  - De protección de sus derechos legales.
  - De soporte a las familias.
- Los objetivos terapéuticos y rehabilitadores.
- Los recursos sociales y sanitarios a movilizar.
- La duración estimada de utilización de estos recursos.

El diseño del plan terapéutico de rehabilitación se lleva a cabo en las reuniones diarias de coordinación. En su elaboración intervienen el responsable clínico y los tutores asignados al caso. Se recoge por escrito pasando a formar parte de la historia clínica del paciente.

Una vez finalizado el diseño se presenta el plan al paciente y familia, favoreciendo que los objetivos se ajusten al caso concreto. Si aprueban el plan, este pasará a utilizarse como guía de intervención. La evolución de cada paciente se revisará cada 12 meses, constatando si se están cumpliendo los objetivos marcados.

## Intervención

En cuanto a las modalidades de intervención del ETAC destacan:

- Consultas con el responsable clínico.
- Atención domiciliaria.
- Intervención en crisis.
- Coordinación de la asistencia.

**ATENCIÓN DOMICILIARIA.**—Una de las características básicas en el funcionamiento del equipo de tratamiento asertivo comunitario es la disponibilidad para responder a las necesidades del paciente en su medio comunitario. Este carácter «móvil» confiere al equipo una personalidad propia que le diferencia del resto de dispositivos de la red. Se trata de un proceso de atención continuado, intensivo, y multi-

disciplinario, en el que se realizan funciones y tareas tanto sanitarias como sociales. Las visitas domiciliarias se realizan siempre de forma concertada, e interviene fundamentalmente personal de enfermería.

## Consultas con el responsable clínico

### Intervención en crisis

En primer lugar se valora la gravedad de la crisis. En función de esta se determina si el paciente puede permanecer en su domicilio o si necesita ser remitido a la UHP o a la CT. En el momento en que se detecta una crisis el ETAC intensifica el apoyo al paciente y familia. La actuación incluye:

- la disminución del intervalo entre consultas con el psiquiatra.
- el incremento del número de visitas domiciliarias (de 1 a 5 semanales),
- la potenciación del seguimiento telefónico (en algunos casos contacto telefónico diario para controlar cómo funciona, y cómo progresa el paciente al hacer frente a la crisis).

## Coordinación con otros servicios

El ETAC como eje de la atención de los casos en cartera, trata de coordinar las actuaciones que en cada momento precisa el paciente. Esta continuidad asistencial se asegura a través de la articulación con el resto de dispositivos de la red. Así, mantiene reuniones de coordinación con todos aquellas estructuras donde recibe atención el paciente:

- Reunión semanal con la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.
- Reunión mensual con la Comunidad Terapéutica.
- Reunión mensual con Hospital de Día.

## Coordinación con los recursos comunitarios

Se contacta con aquellos recursos comunitarios de los que puede beneficiarse el paciente (programa de voluntariado de Cruz Roja, ayuda a domicilio de servicios sociales, asociaciones, centros educativos,...).

## Coordinación con los servicios de Atención Primaria

En aquellos casos en los que la patología médica del paciente lo requiere.

**ANEXO I. EVALUACIÓN INTEGRAL DEL TAC**

La evaluación debe ser completada por los miembros del equipo del tratamiento individual del paciente durante el transcurso de un periodo de treinta días después de su admisión.

- Parte 1: Historia psiquiátrica, estado mental y diagnosis.
- Parte 2: Salud física.
- Parte 3: Consumo de drogas y alcohol.
- Parte 4: Educación y empleo.
- Parte 5: Desarrollo y funcionamiento social.
- Parte 6: Actividades de la vida diaria.
- Parte 7: Estructura familiar y relaciones.

**Evaluación integral del TAC**

**Parte 1: Historia psiquiátrica, estado mental y diagnosis.**

*Objetivo:* Recoger y evaluar, cuidadosa y sistemáticamente, información sobre el paciente y la familia, así como recoger información de tratamientos anteriores en lo que se refiere al comienzo, sucesos precipitantes, causas y efectos del trastorno, tratamiento anterior y su respuesta, comportamientos de riesgo y estado mental actual. Todo esto se realiza para establecer un enfoque del tratamiento con la familia y el paciente y para asegurar la exactitud del diagnóstico.

*Instrucciones:* El psiquiatra es responsable de completar la historia psiquiátrica, del examen del estado mental y del diagnóstico del paciente. La evaluación comienza en el momento de la admisión, o en la primera entrevista que el paciente tiene con el psiquiatra. El psiquiatra programará citas con el paciente para completar la evaluación durante los primeros treinta días. El psiquiatra debe identificarse como el médico del equipo, el cual será responsable del tratamiento del paciente y de la supervisión del personal que trabajará con éste. El psiquiatra presentará los resultados de la evaluación durante la reunión de la organización diaria del personal.

**Motivo de admisión (demanda principal) tal y como declara el paciente, la familia o la agencia que lo ha derivado.**

---

**Historia del trastorno actual.**

---

**Objetivos del tratamiento tal y como declara el paciente.**

---

**Historia del trastorno mental/psiquiátrico incluyendo el momento del comienzo del mismo, sucesos precipitantes, causa y efecto del trastorno, tratamiento anterior y su respuesta, comportamientos de riesgo y evaluación del tratamiento recibido.**

---

**Examen del estado mental**

*Instrucciones:* Esta sección permite al psiquiatra registrar la presencia u ausencia, junto con cualquier tipo de pequeño comentario, de síntomas relevantes en las áreas más importantes del funcionamiento mental y comportamental.

**Presentación**

**Comportamiento**

Movimientos generales del cuerpo  
Amplitud y calidad del discurso

**Estado emocional**

Estado de ánimo predominante  
Expresión facial y Comportamiento físico en general.

**Percepción**

**Discurso/Pensamiento**

Contenido del pensamiento  
Curso de pensamiento

**Funcionamiento intelectual**

**Orientación**

**Atención**

**Memoria**

*Percepción  
Juicio*

**F. Resumen de la evaluación**

---



---

**Recomendaciones para el plan de tratamiento**

---



---

Completado por: \_\_\_\_\_

Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Evaluación integral del TAC**

**Parte 2: Salud física**

*Objetivo:* Evaluar el estado de salud y las condiciones médicas que están presentes para asegurar que se proporciona al paciente un tratamiento, seguimiento y apoyo apropiados.

*Instrucciones:* El personal de enfermería titulado es responsable de la evaluación física. Si el estado mental del paciente lo permite, toda la evaluación se podrá realizar en una hora. Sin embargo, la evaluación puede requerir de dos o tres entrevistas, si el paciente está experimentando problemas de concentración o atención—o para hacer que el paciente se sienta cómodo con el personal del equipo discutiendo áreas delicadas como temas sexuales. La evaluación debe finalizarse durante los primeros treinta días.

Médico y dentista actuales:

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_

Trastornos y enfermedades graves:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Alteraciones tiroideas |
| <input type="checkbox"/> Tensión alta           | <input type="checkbox"/> Anemia                 |
| <input type="checkbox"/> Enfisema               | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática       |
| <input type="checkbox"/> Asma                   | <input type="checkbox"/> Diabetes               |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado  | <input type="checkbox"/> Artritis               |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis               | <input type="checkbox"/> Glaucoma               |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis              | <input type="checkbox"/> Gota                   |
| <input type="checkbox"/> Cálculo biliar         | <input type="checkbox"/> Cáncer                 |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de riñón   | <input type="checkbox"/> VIH                    |
| <input type="checkbox"/> Piedras en el riñón    | <input type="checkbox"/> Otras: _____           |
| <input type="checkbox"/> Úlceras estomacales    |   |

4- Crisis epilépticas: Si  No

Frecuencia: \_\_\_\_\_

Último ataque: \_\_\_\_\_

Duración: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_

**5-Hospitalizaciones médicas previas**

Nombre del hospital/Dirección	Fecha	Motivo (heridas, cirugía, exámenes y otros procedimientos)

Medicación actual (no psiquiátrica)

6- Listado de la medicación que está tomando ahora, dosis, frecuencia, motivo, comienzo, última toma, médico que la recetó.

Medicación	Dosis	Frecuencia	Motivo	Fecha comienzo	Fecha finalización	Doctor

- 7- Medicación que ha tomado hoy: \_\_\_\_\_  
 8- Medicación que trae el paciente: \_\_\_\_\_  
 Disposición a lo anterior: \_\_\_\_\_  
 9- ¿Normalmente tomas la medicación de la forma en que te la recetó el médico, o es esto difícil para ti?  
 10- ¿Has tenido alguna reacción adversa a la medicación en el pasado?

Alergias

11- Describe alergias a:

Medicación \_\_\_\_\_  
 Comida \_\_\_\_\_  
 Alergia al polen o rinitis alérgica \_\_\_\_\_  
 Otras \_\_\_\_\_

Salud familiar

- 12- Padre? Vive? Fallecido Edad, o Edad a la que falleció \_\_\_\_\_  
 13- Madre? Vive? Fallecida Edad, o Edad a la que falleció \_\_\_\_\_  
 14- Hermanas Número que están vivas \_\_\_\_\_ Número que han fallecido \_\_\_\_\_  
 Causas del fallecimiento \_\_\_\_\_  
 15- Hermanos Número que están vivos \_\_\_\_\_ Número que han fallecido \_\_\_\_\_  
 Causas del fallecimiento \_\_\_\_\_  
 16- Hijos (número, nombres, y fechas de nacimiento/ edades)

\_\_\_\_\_  
 Número que han fallecido \_\_\_\_\_  
 Causas del fallecimiento \_\_\_\_\_

Enfermedades en Tu Familia Nombre del familiar

- 17-  Enfermedad del corazón \_\_\_\_\_  
 18-  Diabetes \_\_\_\_\_  
 19-  Glaucoma \_\_\_\_\_  
 20-  Cáncer \_\_\_\_\_  
 21-  Bocio \_\_\_\_\_  
 22-  Tensión alta \_\_\_\_\_  
 23-  Trastorno mental \_\_\_\_\_  
 24-  Consumo de tóxicos \_\_\_\_\_  
 25-  Otras \_\_\_\_\_

Último examen físico Fecha Médico

- 26- Examen físico  
 27- Placas de tórax  
 28- Examen de audición  
 29- Examen pélvico/citología  
 30- Trabajo de laboratorio  
 Análisis de sangre  
 Anticuerpos de hepatitis  
 Análisis urinario  
 Prueba del VIH  
 Prueba de piel de tuberculosis (TB)

Información Física

- 31- Altura Peso normal  
 Peso apropiado  Sobrepeso  Por debajo de su peso   
 32- T. P. (regular/irregular) R. BP.  
 33- Pelo: Color Estado:  
 34- Audición: Adecuada? Parcialmente incapacitada? Incapacidad total?  
 Ayuda a la audición Tipo  
 35- Ojos: Color

Visión:  Adecuada  Parcialmente incapacitada  Incapacidad total  
 Visión corregida: Si  No  Gafas  Lentes de contacto?

36- Dentadura: Natural  Buena estado  Estado precario   
 Dentadura postiza: Superior  Inferior  Parcial

37- Plan para la deambulacion: No asistida  Asistida

38- Piel: Estado:

Rasgos notables (cicatrices, cardenales, tatuajes, marcas de nacimiento)

39- Hábitos de defecación: Regular  Irregular

Medicación para el vientre:

Preguntas en caso de ser mujer:

- 40- ¿Estás teniendo periodos menstruales? Si  No   
 41- ¿Cuándo fue la fecha de tu último periodo? Mes/ Año  
 42- ¿Son tus periodos regulares? Si  No   
 43- Si es que si, ¿Cuántos días duran?  
 44- ¿Cuántos días pasan entre periodo y periodo?  
 45- ¿Examinas tu pecho regularmente? Si  No   
 46- ¿Has estado alguna vez embarazada? Si  No   
 Número de embarazos: nacimientos \_\_\_\_\_ abortos \_\_\_\_\_

- 47- ¿Presentas actualmente pérdidas o molestias vaginales?  
 48- ¿Has sido tratada alguna vez de infección por hongos?

Nutrición

- 49- Necesidades nutricionales especiales  
 50- Evaluación general de nutrición

Rutinas personales

- 52- Higiene bucal:  
 53- Champú:  
 54- Baños:  
 55- ¿Hay algún cambio en tu cuidado personal cuando no te sientes bien?

57- Sueño: Hora de acostarse Horas de sueño

Rutina a la hora de acostarse

Problemas con el sueño:

Se despierta temprano por la mañana? Hora?

Pesadillas Otras

Medicación para dormir:

Sexual

- 58- ¿Tienes alguna preocupación sexual?  
 59- ¿Eres actualmente sexualmente activo?  
 60- ¿Qué es lo más acertado?  
 Prefiero sexo con personas de diferente sexo?  
 Prefiero sexo con personas del mismo sexo?  
 Prefiero sexo con personas de ambos sexos?  
 61- ¿Dónde has adquirido información sexual?  
 62- ¿Te gustaría conseguir información sobre el funcionamiento corporal, actuación, control de natalidad?  
 63- ¿Usas algún método anticonceptivo actualmente?   
 64- Si es que no, ¿Has usado algún método anticonceptivo anteriormente?  
 65- ¿Piensas utilizar algún método anticonceptivo en el futuro?  
 66- ¿Eres consciente de los síntomas e indicios de las enfermedades de transmisión sexual?  
 67- ¿Has sospechado alguna vez que tienes, tuviste, o has sido tratado para:  
 Sífilis  Clamidia  Gonorrea  Herpes  Infección VIH   
 ¿Conoces además/o otras medidas (condón) para prevenir estas enfermedades?  
 68- ¿Has sufrido alguna vez abuso sexual?  
 69- ¿Has sido tratado alguna vez por heridas debido a lo mencionado antes?

Consumo de tóxicos

- 70- ¿Fumas? Si  No   
 71- ¿Cuánto tiempo llevas fumando?  
 72. ¿Cuánta cantidad fumas? Paquetes al día   
 73- ¿Tienes tos persistente o menos capacidad de respiración?  
 74- ¿Bebes bebidas con caféina? Si  No



- 75- ¿Bebes alcohol? Si  No
- 76- Si es que si, ¿Con cuánta frecuencia bebes alcohol actualmente?
- 77- Durante un promedio semanal, ¿Cuánto bebes?
- 78- ¿Consumes marihuana o otras drogas? Si  No
- 79- Si es que si, ¿Con cuánta frecuencia?
- 80- ¿Te has desmayado alguna vez? Si  No
- En el último año ¿has bebido o consumido drogas más de lo que hubieras pretendido?
- Nunca  Raras veces  En ocasiones  Con frecuencia?
- En el último año, ¿has pensado que deberías reducir el consumo de drogas o alcohol?

**Resumen de los problemas físicas relevantes**

---



---

**Recomendaciones para un inmediato tratamiento de apoyo y diagnóstico**

---



---

**Recomendaciones para el plan de tratamiento**

---



---

Completado por: \_\_\_\_\_ Fecha de terminación: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Evaluación integral del TAC**

**Parte 3: Consumo de drogas y alcohol**

*Objetivo:* Evaluar y diagnosticar si el paciente tiene trastorno por consumo de tóxicos así como desarrollar intervenciones que formen parte de un tratamiento apropiado que será integrado en este plan de tratamiento.

*Instrucciones:* El psiquiatra evaluando los trastornos de uso de estupefacientes y proporcionando servicios adecuados, es responsable de recoger información en relación al historial del tratamiento por abuso de sustancias tóxicas del paciente. La evaluación comienza en el momento de la admisión y debe ser completada dentro de los treinta días siguientes. La historia psiquiátrica, el estado mental, y el diagnóstico, así como la evaluación de salud añaden información a esta evaluación.

**Evaluación integral del TAC**

**Parte 4: Educación y Empleo**

*Objetivo:* determinar con el paciente de qué manera él o ella están estructurando su tiempo; colegio actual o empleo; intereses o preferencias en cuanto a su educación o empleo; y cómo la sintomatología ha afectado, tanto previa como actualmente, su educación o actuación laboral. Esta evaluación comienza el trabajo entre el paciente y el especialista de orientación profesional para establecer metas educativas y profesionales.

*Instrucciones:* Un profesional de salud mental completa la evaluación de educación y empleo. La evaluación comienza en el momento de la admisión y debe ser completada durante los treinta días siguientes. La información se obtiene a través de las entrevistas con el paciente y puede incluir información de datos del colegio y de empresarios anteriores. La evaluación de educación y empleo consiste en la evaluación de una estructura diaria actual y tres cronogramas (historial de educación, servicio militar, historial de empleo).

**Estructura diaria actual**

**Preguntas sugeridas**

**Anotaciones**

- ¿Cómo pasas el día actualmente?
- ¿Estás escolarizado? ¿Tienes trabajo?
- Cuéntame qué hiciste ayer por la mañana

¿Hay momentos durante la semana o día en los que hagas siempre lo mismo (quedas con familia, lavandería, comidas)?

- ¿Tienes suficientes cosas para hacer?
- ¿Tienes preocupaciones o intereses sobre algo?

¿Hasta dónde llegaste en el colegio?

- ¿Cuántos años finalizaste?
- ¿Fuiste al instituto?
- ¿Tienes el graduado escolar?
- ¿Dónde lo conseguiste? ¿Cuándo lo recibiste?
- Educación adicional

**Cronogramadel historial de educación**

Nombre del colegio al que asistió/ situación	Tipo de colegio	Fechas en la que asistió	Fecha/grado titulación

**Evaluación de la educación del paciente**

- ¿Cómo te fue en el colegio?
- ¿Cómo evaluarías tus habilidades actuales?
- ¿Lectura?, ¿Ortografía? ¿Matemáticas?
- ¿Cuáles eran tus objetivos profesionales cuando te graduaste?
- ¿Experimentaste dificultades emocionales mientras estabas en el colegio?
- ¿Cómo afecto esto a tu desarrollo en el colegio?

**Evaluación de la historia militar del paciente**

**Preguntas sugeridas**

- ¿Te gustó el servicio militar?
- ¿Cómo de fácil o difícil resultó para ti?
- ¿Cuáles fueron tus mejores trabajos o experiencias?
- ¿Cuáles eran tus objetivos después del servicio militar?
- ¿La sintomatología(problemas de pensamiento, voces, depresión) o el tratamiento(hospitalización, efectos secundarios a la medicación) influyeron en tu actuación en el servicio militar? ¿Cómo?

**Cronograma del historial de empleo**

Realizar una lista con todos los trabajos realizados

Nombre de la empresa	Nombre del puesto	Comienza	Termina	Duración	Tipo de trabajo (mirar debajo)

**Tipo de trabajo**

**COMPETITIVO**—Esta categoría cubre el trabajo con un mínimo salario o mayor remuneración en negocios, industria, gobierno, u otras organizaciones que ejercitan prácticas selectivas de contratación basadas en las calificaciones de aspirantes adecuados.

**COMPETITIVO DESARROLLADO**—Esta categoría cubre al trabajo competitivo que es «desarrollado» por una agencia rehabilitadora, la cual establece o mantiene una vacante de trabajo en la comunidad que no está abierta a competición para la contratación.

**AMA DE CASA**—Esta categoría cubre la atención hacia otra persona dependiente que está viviendo en la casa. Esto incluye a un niño menor de dieciocho años o a una persona discapacitada que es incapaz de ayudar con las tareas de la casa. Puede incluir al cónyuge.

**EXPERIENCIA DE EMPLEO**—Esta categoría se refiere a un proceso de formación de tiempo limitado utilizando actividades de trabajo estructurado para aumentar la comprensión del valor del trabajo y demandas, así como para desarrollar actitudes de trabajo o habilidades.

**TRABAJOS PROTEGIDOS**—Esta categoría se refiere al trabajo con salarios por debajo de lo normal en talleres dirigidos por una organización que proporciona trabajo bajo unas condiciones especiales para personas con discapacidades.

**SUBVENCIONADOS**—Esta categoría se refiere al trabajo donde un empresario recibe incentivos económicos de otra fuente para contratar (ser contratados) candidatos no competitivos para trabajar. También hace referencia al trabajo donde un empresario recibe incentivos económicos de otra fuente de este trabajo.

**TRABAJO VOLUNTARIO**—Esta categoría hace referencia al empleo donde se aporta el tiempo o el servicio a una organización que típicamente lleva a cabo el trabajo por individuos que son voluntarios.

**ESTUDIANTE**—Esta categoría cubre el tiempo empleado en clases o en programas de formación.

#### Evaluación de cada puesto de trabajo del paciente

##### Preguntas sugeridas

Repasa cada trabajo y pregunta:

- ¿Te gustaba el puesto?
- ¿Qué es lo que te gustaba?
- ¿Cómo te enteraste del puesto?
- ¿Te tuviste que entrevistar para el puesto?
- ¿Cómo crees que lo desempeñaste?
- ¿Hiciste un buen trabajo?
- ¿Eras un trabajador dependiente?
- ¿Llegabas puntual al trabajo?
- ¿Te ausentaste?
- ¿Con cuánta frecuencia?
- ¿Qué ropa se requería para trabajar?
- ¿Cómo te vestías?
- ¿Trabajabas sólo o con otros?
- ¿Cuánta interacción con otros compañeros se requería?
- ¿Te las arreglaste bien?
- ¿Era un trabajo estructurado o flexible?
- ¿Era un trabajo rutinario o variado?
- ¿Cuánta responsabilidad se te asignó?
- ¿Requería el trabajo que emitieras juicios?
- ¿Cuánto grado estrés está relacionado con el trabajo?
- ¿Alto o bajo?
- ¿Eras un trabajador constante (trabajo continuado, incluso ritmo)?
- ¿Recibías supervisión?, ¿Cuánta?
- ¿Te gustaba tu supervisor?
- ¿Buscabas a tus supervisores para hacer preguntas o conseguir ayuda? ¿Cuándo?
- ¿Hubo cambios en el trabajo mientras estabas allí?
- ¿Cuáles fueron (horario, supervisor, responsabilidad, equipo)?
- ¿Cómo te ajustaste a los cambios?
- ¿Sientes que este trabajo te ayudo con los objetivos de tu carrera?

##### Ventajas, limitaciones y preferencias para un empleo o educación futuros.

Ayuda al paciente a elaborar una lista de ventajas versus limitaciones. Define los siguientes términos y ponlos en una lista tal y como el paciente los describe:

Ventajas (cualidades personales más habilidades específicas y habilidades relacionadas con el trabajo).

Limitaciones (déficit personal, falta de educación o habilidades con posibilidades en el mercado, limitaciones físicas).

Preferencias.

#### Evaluación

---

#### Recomendaciones para el plan inicial

---

#### Recomendaciones para el plan de tratamiento

---

Completado por: Fecha de finalización:

Nombre del paciente:

Fecha:

#### Evaluación del TAC

##### Parte 5: Desarrollo y funcionamiento social

*Objetivo:* El propósito de la evaluación de desarrollo y funcionamiento social es obtener información del paciente sobre su infancia, primeras uniones, papel en su familia de origen, desarrollo social de adolescente y joven adulto, creencias culturales y religiosas, ocio y otras actividades, y habilidades sociales. Esto capacita al equipo a evaluar de qué manera la sintomatología ha interrumpido o afectado el desarrollo personal y social. Esta evaluación también recoge información en relación a la implicación del paciente con el sistema de justicia penal.

*Instrucciones:* Un profesional de salud mental es responsable de completar la evaluación del desarrollo y funcionamiento social.

##### Historia del desarrollo social

##### Preguntas sugeridas

- ¿Cuáles son tus primeros recuerdos de la infancia?
- ¿Cómo eras cuando eras un niño?
- ¿Tenías amigos?
- ¿Cuál es el orden de nacimiento en tu familia?
- ¿Cómo era crecer en tu familia?
- Si no vivías con tu familia, ¿Con quién vivías durante tu crecimiento?
- ¿Cómo fue para ti?
- ¿Tienes buenos recuerdos de tu infancia?
- ¿Ejemplos?
- ¿Qué recuerdos malos tienes?
- ¿Tenías amigos cuando eras un niño?
- ¿Quién eran tus amigos?
- ¿Qué recuerdas sobre ellos?
- ¿Cómo fueron tus años de instituto?
- ¿Dónde ibas al instituto?
- ¿Te graduaste?
- ¿Participabas en las actividades extra curriculares?
- ¿Tenías amigos íntimos?
- ¿Chicas? ¿Chicos?
- ¿Tenías pareja en el instituto?
- ¿Qué hacías para divertirte durante el instituto?
- ¿Bebías o tomabas drogas?
- ¿Los compañeros bebían o tomaban drogas?
- ¿Prefieres estar con gente o sólo?
- ¿Tienes algún buen amigo ahora?
- ¿Puedes nombrar a dos de tus amigos?
- ¿Con cuánta frecuencia te reúnes con amigos?
- ¿Cuándo fue la última vez que viste a un amigo?
- ¿Qué hiciste?
- ¿Eres capaz de discutir problemas personales con tus amigos?
- ¿Alguna vez llamas a tus amigos?
- ¿Te llaman ellos a ti?
- ¿Sientes que puedes llevarte bien con los demás?
- ¿Tienes problemas haciendo amigos?
- ¿Te gustaría tener más amigos?
- ¿Tienes citas ahora?

##### Anotaciones

¿Con cuánta frecuencia?  
 ¿Has quedado con alguien en el pasado año?  
 ¿Te gustaría tener una cita?  
 ¿Cuál es tu estado civil actual?(casado, casado por segunda vez, Soltero, divorciado, separado, viudo, otros importantes)  
 Si tienes una relación, ¿Cuánto tiempo llevas con esta relación?  
 ¿Cómo es tu relación con tu cónyuge?  
 ¿Qué paso para que se disolviera tu matrimonio?  
 ¿Cuánto tiempo llevas con tu pareja?  
 ¿Has tenido una relación personal importante?  
 ¿Cuándo?  
 ¿Aún ves a esa persona? ¿Por qué no?  
 ¿Cuándo inmigró tu familia?  
 Calcula el estado generacional de inmigración (Ej. primera generación).  
 ¿Cuál es tu estado legal (legal o indocumentado)?  
 ¿Qué idioma tú o tu familia utilizáis en casa?  
 ¿Qué idioma tú o tu familia utilizáis en la comunidad?  
 Evalúa el nivel de asimilación de la cultura\*  
 Monocultural (nuevo inmigrante)  
 Bicultural (equilibrando e integrando la cultura no dominante)  
 Unicultural (asimilando hasta el punto de no identificarse más con el origen étnico)  
 ¿Has sentido alguna vez que tanto tú, como tu familia habéis sido mal interpretados o mal entendidos por los proveedores de salud mental debido a causas de diferencias culturales?  
 ¿Podrías por favor contarme cómo has sufrido discriminación debido a tu origen étnico o cultural?  
 ¿Pertenece a algún grupo religioso, parroquia o sinagoga (Católica, Judía, protestante, Episcopalista Congregacional, metodista, Luterana)?  
 ¿Cuándo eras un niño pertenecías a algún grupo religioso (Católico, Judío, Protestante, Episcopalista, Congregacional, Metodista, Luterano)?  
 ¿Has experimentado algún conflicto entre tus creencias religiosas y los servicios de salud mental que recibes (Ej. tus creencias no han sido respetadas por los médicos de salud mental)?

**Intereses y otras actividades de tiempo libre**

**Preguntas sugeridas**

¿Qué haces en tu tiempo libre?  
 ¿Con cuánta frecuencia?  
 ¿Ves la televisión?  
 ¿Con cuánta frecuencia?  
 ¿Escuchas música?  
 ¿Con cuánta frecuencia?  
 ¿Cuáles son tus intereses especiales o hobbies?  
 ¿Qué tipo de cosas te gusta hacer sólo?  
 ¿Qué tipo de cosas disfrutas haciendo con otros?  
 ¿Hay algún restaurante (bar, club) donde vayas con frecuencia?  
 ¿Con cuánta frecuencia?  
 ¿Estás interesado en nuevas actividades?  
 ¿Tienes algún problema físico que interfiera con alguna actividad?  
 ¿Has perdido interés por las actividades o hobbies debido a tus problemas (no te sientes bien o como solías sentirte)?  
 ¿Has perdido alguna vez los estribos o te has enfadado?  
 ¿Cuándo?  
 ¿Hay alguna situación social dura para ti?  
 ¿Qué situaciones?  
 ¿Te gusta estar con gente?  
 ¿Sólo?  
 ¿Alguna vez te has sentido frustrado contigo mismo?

**Anotaciones**

¿De qué manera?  
 ¿Cuáles son tus puntos fuertes en sociedad?  
 ¿Y tus puntos débiles?

**Situación legal**

**Preguntas sugeridas**

¿Has sido arrestado?  
 Poner en una lista cronológicamente todos los arrestos, y contactos con la policía que no han llevado a un arresto

Indica los cargos por cada arresto, circunstancias sobre el arresto y resultados/ condena (tiempo en prisión, prisión, libertad condicional, fechas y lugares).

Por favor marca [√] las cosas que te gustaría hacer durante los próximos seis meses o en algún momento del futuro:

- mudarte de apartamento  conocer a una mujer  conseguir trabajo
- estudiar fotografía  vivir en una casa  hablar sobre sentimientos
- ahorrar dinero  lograr bienestar  ir a bares
- conseguir carné de conducir  llevarme bien con mis padres  ser más enérgico
- comprar un coche  aprender una habilidad  ir a restaurantes
  
- conocer hombres  mejorar mi cuidado personal  ir al cine
- terminar el colegio  aprender a buscar empleo  beber menos café
- jugar al baloncesto  estar menos sólo  aprender a manejar el estrés
- tener formación profesional  comunicarme con mis padres  tener más amigos
- cocinar mejor  mantener amistades  hacer trabajos de carpintería
  
- ir de camping  ir a la iglesia  tomarme unas vacaciones
- jugar a las cartas  beber menos  comprarme ropa
- tener más dinero  tener citas
- comprar una televisión  unirme a un club  aprender a coser
- ser más activo  abrir una cuenta bancaria
- ver obras de teatro  parar de fumar  quedar con amigos
- aprender a relajarme  comer mejor  expresar mis sentimientos
- ir a conciertos  ganar peso
- jugar a las quinielas  llamar a amigos por teléfono
- tener un compañero de habitación  aprender a ser menos nervioso
  
- tener un trabajo voluntario  visitar a familiares  ir a la biblioteca
- participar en un concurso  pintar  escribir poesía
- aprender a tejer  ir a pescar  estar más tiempo solo  perder peso

Lo siguiente es una lista de situaciones. Por favor lee la lista puntúa según lo difícil que es para ti.

1= sin problema 2= algunas veces dificultades 3= con frecuencia dificultades

- 1. Caminar por la calle
- 2. Estar con tu familia
- 3. Montar en autobús urbano
- 4. Estar con gente mayor
- 5. Ir a bares
- 6. Mezclarse con gente en el trabajo
- 7. Estar en medio de la multitud
- 8. Expresar ira
- 9. Hacer amigos de mi misma edad
- 10. Hablar sobre tus sentimientos
- 11. Invitar a alguien a tu casa
- 12. Comenzar una conversación
- 13. Ir a reuniones sociales
- 14. Conocer gente nueva
- 15. Pedir ayuda
- 16. Estar solo
- 17. Responder a preguntas
- 18. Pasar tiempo con hombres
- 19. Pasar tiempo con mujeres
- 20. Ir de tiendas
- 21. Ser criticado por alguien

- \_\_\_\_ 22. Cometer un error  
 \_\_\_\_ 23. Asistir a una cita  
 \_\_\_\_ 24. Decir «no» a un amigo  
 \_\_\_\_ 25. Hablar con un supervisor de trabajo  
 \_\_\_\_ 26. Mantener amigos

#### Puntos fuertes y debilidades

---



---

#### Evaluación

---



---

#### Recomendaciones para el plan inicial

---



---

#### Recomendaciones para el plan de tratamiento

---



---

Completado por: Fecha de finalización:

Nombre del paciente:

Fecha:

#### Parte 6: Actividades de la vida diaria

**Objetivo:** El propósito de la evaluación de las actividades de la vida diaria es 1) determinar la habilidad individual del paciente (Ej. higiene personal, nutrición adecuada, atención médica), 2) la adecuación y la seguridad actual de las condiciones de vida del paciente, así como de su estado financiero, 3) el efecto que los síntomas y las incapacidades del trastorno mental grave y persistente han tenido sobre el cuidado personal y la capacidad del paciente para mantener una vida independiente, y 4) preferencias individuales para determinar el nivel de ayuda y apoyo, y los recursos que el paciente necesita para reestablecer y mantener las actividades de la vida diaria.

**Instrucciones:** Un profesional de salud mental es responsable de la evaluación de las actividades de la vida diaria (AVD). La evaluación comienza en el momento de la admisión y debe completarse durante los primeros treinta días. La información se obtiene de la entrevista con el paciente o de la discusión en casa del paciente o en otros entornos de la comunidad. La evaluación comprensiva de las AVD puede durar varias reuniones; sin embargo, se debería negociar un plan inicial de las AVD con el paciente para proporcionarle los servicios más inminentes que necesite (Ej. ayudas esenciales con el aseo personal y apoyos básico hacia la nutrición, o pagar la renta para evitar el desahucio). El entrevistador debería explicar que el propósito de la evaluación de las AVD es revisar todas las funciones que una persona necesita para vivir no sólo de forma satisfactoria, sino también para tener una calidad de vida apropiada en la comunidad, y además que el ETAC proporciona servicios AVD porque el cuidado personal se ve frecuentemente afectado cuando la persona está experimentando síntomas o no se siente bien. Explicar que las tareas y necesidades AVD incluyen lo siguiente: encontrar un lugar para vivir económico y seguro (búsqueda de apartamento, encontrar un compañero, negociaciones con el casero, limpieza, amueblar y decorar, necesidades básicas como teléfono, muebles y ropa para la casa); proporcionar apoyo en el cuidado personal (higiene, ayuda médica, servicios dentales, lavandería y otras necesidades como ropa y complementos); obtener un buena dieta equilibrada (educación en nutrición, organización de comidas, compra de alimentos, preparación de comidas); obtener transporte (conseguir carné de conducir y coche, acceso a taxis o bus urbano, encontrar las rutas); y conseguir un apoyo financiero y un manejo del dinero adecuado (conseguir empleo, conseguir derechos, presupuestos y pago de recibos, y acceso a servicios financieros tales como créditos rápidos). La persona que lleva a cabo la entrevista debe prestar especial atención a las preferencias del paciente y servir por lo que aboga el paciente para asegurar que las AVD coinciden con sus preferencias.

*Encontrar y mantener un lugar para vivir seguro y económico.*

El siguiente cronograma se utiliza para establecer con detalle y de forma cronológica los lugares donde el paciente ha vivido en los últimos años. Por favor elige el número de años que deseas que el paciente retroceda para contarte dónde ha vivido. Después de desarrollar esta cronología, puedes volver sobre cada vivienda para pedir más información (Ej. dirección, tipo de vivienda).

Dirección	Tipo de vivienda (Ej. habitación, apartamento, casa con varias personas, casa de acogida, etc)	Fechas/ motivo del abandono	Comentarios del paciente/ Grado de satisfacción con la vivienda.

#### Preguntas sugeridas

#### Anotaciones

##### 1- Plan de vida

Describe tus planes de vida actuales

¿Cuánto tiempo llevas viviendo en la dirección en la que vives ahora?

¿Vives sólo?

¿Con quién vives?

¿Estás satisfecho con tu situación de vida actual?

¿Dónde vives?

¿Tienes vecinos?

¿Qué cambios te gustaría hacer?

¿Cuándo?

¿Te gustaría ayudar para conseguir una nueva situación?

¿Te gustaría tener un compañero?

¿Te sientes seguro en el lugar que vives ahora?

Tareas domésticas

¿Eres responsable de las tareas domésticas donde vives?

¿Con cuánta frecuencia limpias tu apartamento/habitación?

¿Cuándo fue la última vez que:

hiciste tu cama

aspiraste o barriste el suelo

limpiaste el baño

limpiaste la cocina

lavaste los platos

descongelaste la nevera

cambiaste un bombilla

lavaste el suelo?

¿Tienes productos de limpieza y provisiones?

¿Qué tarea de la casa te gusta más?

Y ¿menos?

¿Crees que deberías mejorar tus habilidades en cuanto a las tareas de la casa?

2-Nutrición/dieta—educación en nutrición, organización de comidas, compra de alimentos, preparación de comidas.

Dieta

¿Dónde comes la mayoría de las veces?

¿Cuántas comidas realizas al día?

Describe un desayuno, comida y cena promedio.

¿Picas entre comidas?



¿Cuál sería tu plan ideal de comidas?  
¿Piensas que realizas una dieta nutritiva?  
¿Con cuánta frecuencia comes carne/proteínas?  
¿Fruta/verduras/ensaladas?  
¿Semillas/cereales/pan?  
¿Leche, queso, productos lácteos?  
¿Te gustaría ganar o perder peso?  
¿Es esto difícil para ti?

**Preparación de las comidas**

¿Tienes instrumentos para cocinar?  
¿De qué tipo?  
¿Tienes aparatos para cocinar propios?  
¿Prefieres una cocina de gas o eléctrica?  
¿Tienes horno microondas?  
¿Sabes cómo utilizarlo?  
¿Qué tipo de utensilios de cocina tienes?  
¿Sabes cocinar?  
¿Con cuánta frecuencia cocinas para ti?  
¿Qué tipo de comida sabes cocinar?  
¿Te gustaría mejorar tus habilidades en la cocina?

**Compra de alimentos**

¿Compras alimentos?  
¿Con cuánta frecuencia?  
¿Dónde los compras?  
¿Planeas tus comidas?  
¿Haces lista de la compra?  
¿Cuál de estos productos compras regularmente?  
\_ Pan \_ café  
\_ huevos \_ hamburguesas  
\_ cenas congeladas \_ sandwich de carne  
\_ leche \_ patatitas  
\_ mantequilla \_ fruta  
\_ tabaco \_ macarrones/ queso  
\_ harina \_ verduras  
\_ cereales \_ refrescos  
\_ queso \_ cerveza

**Ejercicio**

¿Qué haces como ejercicio?  
¿Caminas, haces footing, corres, montas en bici  
levantas peso, participas en otros deportes?  
¿Cuánto ejercicio practicas?  
¿Te gustaría practicar más?

**3. Higiene personal, lavandería y otras necesidades (Ej. ropa y complementos)**

**Higiene personal**

¿Con cuánta frecuencia te bañas o te duchas?  
¿Te lavas el pelo?, ¿Cepillas los dientes?  
¿Te afeitas? ¿Te cortas el pelo?  
¿Dónde te cortas el pelo?  
¿Tienes suficientes productos de acicalamiento personal?  
\_ jabón \_ champú \_ pasta de dientes  
\_ cepillo de dientes \_cuchilla \_ desodorante  
¿Piensas que deberías prestar más  
atención a tu aseo personal?

**Observación comportamental en cuanto al aseo**

Pelo: \_\_\_ limpio \_\_\_bien cuidado

\_\_\_ necesita atención

Ropa: \_\_\_ limpia \_\_\_ apropiada

\_\_\_ necesita atención

Maquillaje: \_\_\_ aplicado correctamente

\_\_\_ necesita atención

Afeitado: \_\_\_ bien afeitado

\_\_\_necesita atención

Olor corporal: \_\_\_ no se percibe

\_\_\_ necesita atención

Uñas: \_\_\_ limpias \_\_\_ arregladas

\_\_\_ necesita atención

**Ropa**

¿Tienes suficiente ropa?

¿Hay algo que necesites?  
¿Compras tu propia ropa?  
¿Dónde?  
¿Tienes ropa que necesite arreglarse?

**Lavandería**

¿Lavas tu propia ropa?  
¿Dónde?  
¿Con cuánta frecuencia?  
¿Sabes cómo se utiliza una máquina automática  
de lavado de ropa?  
¿Tienes productos de limpieza?  
¿Piensas que necesitas mejorar tus habilidades  
para la limpieza de tu ropa?

**Transporte**

(conseguir carné y coche, acceso a  
taxis o bus urbano, conocer las rutas)  
¿Cómo te mueves por la ciudad?  
¿Utilizas el transporte público?  
¿Tienes carné de conducir? ¿Coche?  
¿Es fácil o difícil viajar?  
¿A quién preguntas por los trayectos?

**Apoyo financiero y manejo del dinero**

¿Cuáles son tus ingresos mensuales actualmente?  
¿A quién debes este apoyo?  
¿Cuál es la fuente del ingreso?  
¿Empleo?, ¿Ahorros? ¿Familia?  
¿subsidios sociales?  
¿Desempleo? ¿Otros?  
¿Maneja alguien el dinero por ti?  
¿Tutor?, ¿Representante?  
Si es así, ¿Cuál es el nombre?  
¿Dónde haces tus gestiones bancarias?

**Presupuesto**

¿De qué recibos eres responsable?  
\_\_\_ alquiler \_\_\_ teléfono  
\_\_\_ servicios \_\_\_ gastos del coche  
\_\_\_ otros  
¿Cuáles son tus gastos mensuales?  
\_\_\_ alimentación \_\_\_ comer fuera  
\_\_\_ lavandería \_\_\_ tiempo libre \_\_\_ productos personales  
\_\_\_ seguros  
¿Cuánto tiempo te debe durar el dinero?  
¿Tienes que pagar impuestos este año?  
¿Son tus ingresos suficientes  
para sufragar tus gastos?  
¿Has pedido dinero a alguien alguna vez?  
¿A quién? ¿Con cuánta frecuencia?  
¿Es el presupuesto estresante para ti?  
¿Piensas que podrías manejar el  
dinero de forma más apropiada?

**Puntos fuertes y débiles**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Evaluación**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Recomendaciones para el plan inicial**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Recomendaciones para el plan de tratamiento**

\_\_\_\_\_

Completado por: Fecha de finalización:

Nombre del paciente:

Fecha:

**Parte siete: Familia y relaciones**

*Objetivo:* El propósito de la evaluación de la estructura familiar y las relaciones es el de obtener información, de la familia del paciente y de otras personas relevantes para conocer desde la perspectiva de todos ellos, sobre el trastorno mental del paciente, y determinar el nivel de comprensión de la familia y de otras personas relevantes en cuanto a este trastorno, así como sus expectativas con los servicios del TAC. Esta información permite al equipo definir, con el paciente, el contacto o la relación que el TAC tendrá con la familia u otras personas relevantes en relación al tratamiento de éste

*Instrucciones.* Un profesional de salud mental es responsable de completar la evaluación de la familia y las relaciones. La información se obtiene de las entrevistas programadas con el paciente y la familia (Ej. cónyuge, hijos, padres, hermanos) o con otras personas relevantes (Ej. compañero, buen amigo).

A. Poner en una lista los miembros de la familia (Ej. padres y hermanos) y cónyuge o compañero:

Nombre	Relación	Dirección y teléfono	Edad

B. Poner en una lista los nombres de los hijos:

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento y edad	Dirección y teléfono (si son menores, con quién viven)

C. Otras personas relevantes:

Nombre	Relación	Edad

D. Otros miembros de la casa:

Nombre	Relación	Edad

E. Estructura familiar y relaciones de familia tal y como lo describe el paciente, la familia y otras personas relevantes:

**Preguntas sugeridas**

**Anotaciones**

- ¿Puedes describir a tu familia?
- ¿Sus puntos fuertes?
- ¿Sus problemas?
- ¿Con cuánta frecuencia ves a tus padres?
- ¿Madre?
- ¿Padre?
- ¿Otros miembros de la familia?
- ¿Cómo describirías la relación con tu madre?
- ¿Con tu padre?
- ¿Con otros miembros de tu familia?
- ¿Eres capaz de discutir problemas personales con tus padres?
- ¿Con otros miembros de la familia?
- ¿Te gustaría llevarte mejor con tus padres o con otros miembros de tu familia?

F. Descripción del trastorno mental del paciente y motivo de la admisión según lo declaran su familia u otras personas relevantes:

---



---

G. Miembros de la familia tanto primarios (Ej. padres, hermanos) como secundarios (Ej. abuelos, tíos, primos) que han sufrido o han sido tratados de trastorno mental, o problemas con el abuso de drogas o alcohol:

Relación Problema tratado Comentarios

---

H. Expectativas de tratamiento y el papel deseado así como la accesibilidad al tratamiento de la familia u otras personas relevantes:

---



---

I. Puntos fuertes y débiles de la familia y de otras personas importantes:

---



---

J. Evaluación:

---



---

K. Recomendaciones

---



---



# Capítulo 18. Evaluación desde Rehabilitación Psicosocial de Población Sin Hogar con Enfermedad Mental

María Fe Bravo Ortiz, Fran Recalde Iglesias y María Isabel Vázquez Souza

## Introducción

La existencia de un número creciente de personas con trastornos mentales graves en las calles de muchas ciudades americanas fue uno de los hechos que a comienzos de los 80 hicieron saltar las alarmas y pusieron de manifiesto la insuficiente coordinación y continuidad de cuidados del sistema comunitario de salud mental desarrollado hasta entonces, que dejaba fuera del sistema a aquellos enfermos con más necesidades. Es este un tema crítico, tanto en lo que se refiere a las políticas de Bienestar Social, como a los procesos de Reforma Psiquiátrica, que resulta atractivo para los medios de comunicación y que con frecuencia es utilizado en el campo de batalla ideológico, por lo que resulta sumamente difícil realizar un análisis del fenómeno de un modo más o menos objetivo. Y sin embargo, es indudable que tanto la tasa de población sin hogar en su conjunto, como la de personas con enfermedades mentales graves y crónicas dentro de ellos son indicadores de primer orden a la hora de evaluar el impacto de las distintas políticas sociales y de salud mental<sup>1, 2</sup>.

En las publicaciones americanas de las últimas dos décadas se recoge un incremento importante de esta población y en general se tiende a interpretar en relación con los procesos de desinstitucionalización<sup>3</sup>, con la ausencia del desarrollo de servicios adaptados a las necesidades de los nuevos pacientes crónicos y con una política y filosofía de derivación de pacientes desde las unidades de agudos. Se obvia en muchas de estas publicaciones la coincidencia en el tiempo, más que con el descenso de camas psiquiátricas, con la introducción de políticas neoliberales en los años 80 que recortaban drásticamente las ayudas sociales y la provisión de vivienda barata o de plazas en albergues<sup>4</sup>. En un análisis realizado en distintos países europeos<sup>5</sup> se observa que la situación con respecto al incremento o no de personas sin hogar, y dentro de ellos de personas con enfermedad mental, es muy diferente de Estados Unidos y guarda una estrecha relación con las políticas sociales y sanitarias de cada uno de estos países<sup>6, 4, 7, 8</sup>.

Se trata entonces de fenómenos complejos, que tienen que ver con situaciones de desarraigo familiar y social, desempleo, pobreza severa, deterioro personal y social...; para los que los recursos existentes (sociales y sanitarios) no logran aportar respuestas coordinadas y eficientes. La escasez de recursos intermedios, residenciales y de rehabilitación constituyen elementos claves en el proceso de marginaliza-

ción. En este sentido, el desarrollo comunitario insuficiente, tanto a nivel de creación de recursos en la comunidad, como en la escasa implantación de modos de trabajo más flexibles y ligados a la calle, sí puede considerarse uno de los elementos que explican el fracaso en la prevención de la exclusión dentro de los enfermos mentales.

## 1. Personas sin hogar: Concepto y definiciones

La elección del término sin hogar y el de sin techo, supone un intento de apartarse de otras palabras con un matiz «negativo» o estigmatizador (vagabundo, mendigo...) y describe bien algunas de las circunstancias en las que transcurre su existencia, como señala Vega<sup>12</sup>: «... el término sin hogar pensamos que recoge con más claridad las circunstancias en las que se desarrolla la vida de un gran número de personas... Esto es, habitualmente encuentran un «techo» —ya sea en uno de los muchos albergues existentes en nuestro país, en una casa abandonada o, incluso, en una pensión barata—, un techo ajeno y temporal, pero difícilmente encuentran un «hogar. Un «hogar» («un lugar donde vivir y de dónde yo tengo la llave») desde dónde reorganizar la propia historia y proyecto de vida personal»

Dos son los aspectos básicos que, a nivel teórico, deben de concurrir :

- Ausencia de un alojamiento adecuado y estable.
- Marginación social, aislamiento y desvinculación social y familiar.

Esto permite desde definiciones tan vagas como la de la Administración para la Salud Mental y el Abuso de Alcohol y Drogas: «cualquier persona que carezca de un alojamiento, recursos y lazos comunitarios»; hasta otras más restrictivas que toman en cuenta aspectos del alojamiento y la ruptura de vínculos sociales y de las dificultades de una reinserción sociolaboral. Posiblemente, la definición más extendida en nuestro medio sea la que propone FEANTSA (Federación de Asociaciones Nacionales que Trabajan a favor de las personas Sin hogar): «por persona sin hogar se entiende aquella persona incapaz de acceder y mantener un alojamiento personal adecuado por sus propios medios o con la ayuda de Servicios Sociales, así como aquellas personas que viven en instituciones (hospitales, cárceles...) pero no disponen de alojamiento personal donde ir al salir, y personas que viven en alojamientos infrahumanos o en situación de claro hacinamiento»\*. El em-

\* Bajo esta definición se podrían incluir una gran parte de los enfermos mentales graves que viven en la comunidad y son atendidos en los servicios de salud mental de los diferentes distritos. Existen pues un gran número de personas con enfermedad mental en situación de riesgo o de clara exclusión social. Si bien están fuera de la intervención de este equipo, aunque deberían de ser incluidas en estrategias de prevención.



plear estas u otras definiciones dependería del enfoque para el que piensen ser utilizadas. Así, si el objetivo fuera estudiar su prevalencia para definir estrategias preventivas deberían de emplearse definiciones más amplias; mientras que, si el objetivo es diseñar estrategias de intervención deberían de emplearse definiciones descriptivas más restrictivas completadas con criterios operativos\*\* que permitan comparar resultados. En este texto se emplearan las palabras sin hogar (PSH), para hacer referencia en un sentido más amplio a esta población y sin techo (PST) a aquellas que pernoctan en las calles y no utilizan de forma habitual los recursos sociales para PSH.

## 2. Personas sin hogar y enfermedad mental

La exclusión no surge sólo como resultado de unos desencadenantes concretos en un momento de la vida del sujeto, tanto su intensidad, como la vulnerabilidad previa y la capacidad de afrontamiento y el apoyo social con el que se cuente son determinantes en dicho proceso. En uno de los estudios realizados en España<sup>9</sup> se encontraban que las PSH habían tenido un número elevado de acontecimientos vitales estresantes en su proceso hacia la pérdida de domicilio. Considerando conjuntamente la frecuencia de aparición y la causalidad percibida por los propios sujetos, encontraban los siguientes acontecimientos, ordenados en función del impacto: 1) problemas económicos graves, 2) problemas de desarraigo social y personal, 3) abuso de alcohol y drogas, 4) problemas de salud propios y de personas cercanas, 5) enfermedad mental y hospitalizaciones psiquiátricas, 6) ingresos en instituciones de todo tipo y 7) problemas legales.

En un estudio cualitativo llevado a cabo en Madrid y en otras 4 ciudades europeas<sup>14, 15</sup> por el Grupo SMES (Grupo Salud Mental Exclusión Social) se pone de manifiesto que existía una situación previa de escaso soporte por parte de la red familiar. Los resultados de Madrid mostraban que: casi la mitad de la muestra había experimentado fallecimiento de alguno de sus progenitores y existían otros casos de divorcio, conflicto familiar y alcoholismo de alguno de ellos. También había una tasa elevada de fracaso escolar y un tiempo prolongado en situación de desempleo, siendo muy alto el número de personas sin pareja. Como acontecimientos que referían anteriores a estar en situación de sin hogar estaban: La separación del trabajo, una decepción sentimental importante, alcoholismo, expulsión del hogar de origen, abandono, separación o divorcio no aceptado, ingreso repetido en un hospital psiquiátrico, tentativas de suicidio, institucionalización precoz e ingresos en prisión. Como causas de la situación sin hogar los entrevistados lo atribuían a problemas de salud, familiares y económicos. Ahora bien después de haberse producido la situación sin hogar los acontecimientos estresantes no habían disminuido, incrementándose en muchos casos.

Desde una aproximación más clínica se puede plantear que factores son los que permiten predecir aquellos pacientes que están en riesgo de quedar en situación sin

hogar. Algunos autores<sup>17, 18, 19, 20</sup> han estudiado que factores pueden predecir el paso a una situación sin hogar en enfermos con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves que o bien han estado hospitalizados o están en tratamiento. Los resultados muestran una coincidencia en señalar que estos son: la comorbilidad entre la esquizofrenia y el abuso de alcohol y/o drogas, la persistencia de síntomas psiquiátricos, un funcionamiento global previo alterado con una red de apoyo social pobre, la falta de motivación para el tratamiento y la existencia de planes de alta inadecuados. Dividiendo los factores que influyen en el resultado de exclusión social en un enfermo mental podríamos hablar de factores estructurales y personales:

### 1. Factores Estructurales.

Cambios en las estructuras familiares y económicos y Desinstitucionalización psiquiátrica. Los dos primeros factores afectarían tanto a enfermos mentales como a población general. Sin embargo, se ha apuntado con frecuencia a la desinstitucionalización y al fallo en el desarrollo de la psiquiatría comunitaria como uno de los factores más relevantes en la patente presencia de los enfermos mentales en las calles. No hay ningún dato que sostenga esta afirmación. Como señala Leff<sup>48</sup>, esto no sería consecuencia directa de la desinstitucionalización, ni del cierre de los hospitales psiquiátricos. En España no se han producido externalizaciones masivas de pacientes con trastornos psíquicos severos, y en algunos de los estudios que se han realizado<sup>9, 10, 11, 12, 13</sup>) se pone de manifiesto que las poblaciones de PSH estudiadas no provienen de hospitales psiquiátricos, aunque la prevalencia de trastornos mentales es más alta que en la población general (entre 4,2 y 10,6 de prevalencia vida para la esquizofrenia). Sin embargo, una de las críticas a hacer a la psiquiatría comunitaria en España es su dispar desarrollo en las distintas comunidades y un deficitario desarrollo de recursos intermedios y programas de continuidad de cuidados.

### 2. Factores Personales

Se citan entre ellos la elección personal como estilo de vida y el alcoholismo y otras toxicomanías (de forma directa y de forma indirecta como agravantes de otros trastornos). La propia enfermedad mental es con frecuencia mencionada a la hora de explicar la presencia de enfermos en las calles; así como, se la nombra como una consecuencia del sin hogarismo. Las teorías del descenso social se apoyan en la mayor acumulación de enfermos mentales en las zonas centrales y pobres de las ciudades. La aparición de una enfermedad mental grave, en edades en las que se están desarrollando los estudios, la incorporación a la vida laboral y la formación de una familia, suponen una pérdida de recursos y empobrecimiento fácil de entender. Si a esto aplicamos el modelo de vulnerabilidad a estrés la aparición de los síntomas dependerá de un equilibrio entre aquellos factores personales y ambientales protectores y los

\*\* En nuestro caso tomaríamos el criterio «con enfermedad mental grave y crónica».

que potencian o agravan los factores personales de vulnerabilidad.

Las teorías que achacan la aparición de la enfermedad mental al estrés social de la vida en la calle indican tres situaciones difíciles de elaborar: (1) la pérdida del alojamiento y acompañando a esto de relaciones sociales estables, coordinadas familiares, etc; (2) la pérdida de seguridad, predictibilidad y control que supone vivir en la calle o albergues y (3) la exacerbación de traumas psicológicos en personas con historias de abusos físicos o sexuales o la descompensación de estructuras de carácter previamente patológicas.

### 3. Población sin hogar y enfermos mentales sin hogar en Madrid

Como señala P. Cabrera<sup>47</sup>, y por lo indicado antes sobre las diferentes definiciones de «persona sin hogar», es imposible obtener una cifra rigurosa sobre el número de personas sobre las que estamos hablando. Las estimaciones obtenidas mediante consulta a los representantes de las distintas instituciones implicadas en la atención a personas sin hogar en Madrid, recogidas en el informe «Personas sin techo en Madrid» (Marzo 2003) las cifras oscilaban entre 300 y 3500, con una cifra media de 907 de personas sin techo al eliminar las posiciones más extremas. Esto arrojaría una cifra aproximada de 300-400 personas sin techo en un día cualquiera hablando de población crónica y sin considerar aquellas personas que temporalmente recalán en la calle. En el estudio realizado, mediante muestreo, por Muñoz y cols.<sup>42</sup> en la ciudad de Madrid se señalaban las características más importantes de esta población. Destaca un perfil general de varón, en edades medias de la vida, con empeoramiento de la situación laboral en ese año y un menor número de relaciones sociales y formales de convivencia. Se hace patente en el antes mencionado trabajo la presencia de déficits en la salud física y mental de esta población; si bien, tienden a percibirse como «totalmente sanos» (46%) o «ni sanos ni enfermos» (16%). Otros datos destacables serían el porcentaje que habrían estado ingresados en unidades psiquiátricas –15,5%–, un 11% padecían un trastorno psiquiátrico grave y al menos 1 de cada 4 personas sin hogar había realizado un intento autolítico. Un 10% señala que no tomaba la medicación porque NO podían pagarla. En relación al consumo de tóxicos, un 43% reconocía consumo de alcohol y 16% con respecto a otros tóxicos. No hay que olvidar que estos datos varían, cambiando los perfiles al ser una población viva y dependiente de los cambios en las estructuras sociales y económicas. Si bien, la presencia de enfermos mentales en situación de calle se repite en todos los estudios tanto en España como en otros países, dándose cifras generales entre un 20-30% del total de la población sin hogar, excluyendo las toxicomanías.

### 4. Intervención con PSH que padecen enfermedad mental grave

Uno de los hechos que se pone en evidencia cuando se analiza la situación de las personas sin hogar con trastor-

nos mentales graves es la dificultad para que reciban los servicios que precisan, existan o no estos. Por un lado en el ámbito de la población sin hogar existen multitud de servicios, ya sean públicos o privados; con o sin ánimo de lucro, que actúan de modo fragmentado y descoordinado y con finalidades y objetivos diferentes. Por otro, por la índole de sus necesidades requieren la intervención tanto de servicios sociales como de servicios sanitarios, y cuando se analiza la situación en los distintos países se observa que existe una falta de actuación coordinada entre ambos sectores.

Se han descrito múltiples barreras y dificultades a la hora de trabajar con estos pacientes *difíciles de abordar* («hard to reach») y unas cuantas recomendaciones a la hora de abordar este problema<sup>49, 50, 51, 52</sup>.

Entre los *problemas específicos* que pueden hacer más difícil su abordaje habría que señalar:

- La propia enfermedad mental y las enfermedades físicas que suponen una limitación en la capacidad del individuo. En el caso de las personas que padecen enfermedades mentales graves (p.ej, esquizofrenias) puede existir una gran dificultad para afrontar actividades de la vida diaria al presentar pérdidas de habilidades sociales, déficits cognitivos... Acciones como acudir o incluso pedir una cita médica, tomar el transporte público, etc. pueden ser una barrera imposible de traspasar. Por ello, a la hora de diseñar servicios para atenderles, la *accesibilidad y la disponibilidad* de los servicios serían dos de los pilares fundamentales.
- Abuso de alcohol y otras drogas. La presencia de patología dual o trastornos psiquiátricos asociados al consumo de tóxicos; así como la mayor morbimortalidad asociada al consumo de drogas incrementan aún más las dificultades de afrontamiento, la frecuencia de trastornos conductuales, hostilidad o agresividad franca e incluso imposibilitan físicamente (son frecuentes las caídas, accidentes...durante las intoxicaciones) que pueden hacer imposible su llegada a los centros de salud y que obligan muchas veces a *adaptar* los horarios a momentos en los que aún no se han intoxicado para poder establecer una intervención eficaz, lo que es complicado desde el setting de una consulta.

#### 4.1. Barreras a la hora de obtener atención

Son persistentes las quejas entre las personas sin hogar que se deciden a pedir tratamiento de no haber sido atendidos con la suficiente diligencia, rapidez o de una forma digna. Algunas de las razones que generan este «trato» son:

- ✓ Actitudes de los profesionales. La imagen estereotipada de estas personas como vagos, «alcohólicos», que han «elegido» este estilo de vida. Algunos, son usuarios habituales de los servicios de urgencias, de los que con frecuencia se piensa que acuden al hospital buscando un sitio donde dormir y comer. La postura de muchos médicos y psiquiatras que lo califican de «problema social» y piensan que no se puede hacer nada o que no se puede intervenir ante

todo el cúmulo de necesidades que presentan. Esto genera, malestar, escasos ingresos hospitalarios y altas precoces a albergues o hacia la calle de nuevo. La etiquetación, las representaciones «románticas» sobre la libertad de vivir en la calle que a veces se hacen en los medios de comunicación y los conceptos erróneos sobre la violencia en los enfermos mentales, quizás más frecuentes en este colectivo, contribuyen a la estigmatización, tal y como apuntan López-Ibor y Cuenca<sup>54</sup>, tanto en la población general como para los profesionales de la salud mental suponiendo otra barrera añadida.

- ✓ La organización de los servicios. La necesidad de acortar los ingresos en las unidades de hospitalización, la falta de servicios de referencia y la fragmentación entre los diferentes servicios (sociales y sanitarios) y las tareas de coordinación (Inter. e intraservicios) suponen dificultades a la hora de establecer una continuidad en los cuidados y el tratamiento. Ante esto los programas de continuidad de cuidados, con asignación de un responsable o gestor de casos (case manager), suponen una respuesta, al menos inicial que evita dicha fragmentación. La corta duración de las estancias hospitalarias y las políticas sanitarias (más restrictivas en la hospitalización) limitan el tratamiento de las PSH, que al alta carecen de un apoyo familiar para su cuidado y de un lugar donde poder reponerse. Se ha considerado que estas personas requerían al menos un 30% más de tiempo de hospitalización respecto a la población general. Sin embargo, experiencias como las llevadas a cabo en California, han demostrado que creando un recurso alternativo el *hoptel* (hospital hotel), la duración de los ingresos era igual a la de la población general y por tanto este incremento en los tiempos de hospitalización no dependía tanto de razones médicas o de patología como de recursos de alojamiento y soporte adecuados<sup>55</sup>. No hay experiencias similares en relación a los ingresos psiquiátricos, pero si parece evidente que las altas sin soporte y planificación adecuado son una forma de favorecer un fenómeno de puerta giratoria.
- ✓ Filosofías diferentes en la forma de proveer los servicios. Existe una disparidad patente a la hora de conceptualizar y abordar la enfermedad mental. Desde aquellos que actúan con políticas poco intervencionistas, a los que creen que una persona que padece una enfermedad mental no puede tomar decisiones sobre su propia vida, a aquellos que les responsabilizan completamente de cualquier conducta disruptiva.
- ✓ El estilo de vida de las personas sin hogar: Como muy acertadamente señalan Cohen y Thompson<sup>16</sup> las dificultades no surgen sólo de los problemas de organización de los servicios, sino también del rechazo que estos generan en muchas personas sin hogar. Muchos de ellos no se ven a sí mismos como enfermos o bien han tenido experiencias negativas previas en su contacto con los servi-

cios psiquiátricos. Muy frecuentemente los servicios que se les ofrecen se focalizan casi exclusivamente en la patología, con ausencia de comprensión de sus circunstancias vitales y actitudes, y desde presupuestos más basados en un paternalismo bien intencionado que en potenciar su autonomía. Existe una incongruencia entre las prioridades de muchas de estas personas y las de los servicios ofrecidos. En opinión de estos autores el modo en que se ofrecen los servicios y el foco de los mismos son determinantes en su aceptabilidad. La necesidad de recibir tratamiento o tomarse la medicación pasa a un segundo plano frente a necesidades tan básicas como la obtención de comida, un lugar para dormir. Las PSH y en particular, las PST, organizan en muchas ocasiones su día según las colas que tienen que hacer para conseguir una tarjeta que les permita comer o ducharse, los horarios de los comedores o la hora en la que tiene que estar en una zona determinada en la que le darán el dinero que le va a permitir comprar un bocadillo, un café, un paquete de cigarrillos o un cartón de vino...antes de hacer una nueva cola para ir a otro comedor y obtener la cena. Además, no hay que olvidar que las medicaciones, en especial los nuevos tratamientos resultan caros o comparativamente caros para una población que percibe pocos ingresos (unos 300 euros de media dependientes de Pensiones no contributivas y rentas de inserción) y con frecuencia variables debidos a la mendicidad. Parece poco realista que puedan participar en programas de tratamiento si sus necesidades más básicas no están cubiertas<sup>22, 23\*\*\*</sup>.

La *movilidad* supone otra dificultad añadida, aún para equipos de calle, para mantener el seguimiento y el tratamiento, para engancharse y ser adscritos a un servicio u otro. La sectorización que es la base de la organización de la mayoría de los servicios sociales y sanitarios los deja fuera de su responsabilidad asistencial. Este hecho se ha referido con frecuencia en el Reino Unido, como consecuencia de la rigidez y falta de flexibilidad de los servicios sanitarios especializados<sup>21</sup>, y refleja fielmente la situación más frecuente en nuestro país. Las experiencias previas de ingresos involuntarios, o de una «complicada» relación con la policía, la situación irregular, la falta de papeles, condenas o pequeños delitos pendientes incrementan la *desconfianza a la hora de dirigirse a los servicios públicos e instituciones* para demandar ayuda o determinados derechos, por lo que con frecuencia piden esta ayuda a redes más informales (ONGs, organizaciones religiosas).

Esto condiciona el trabajo con PSH no como un modelo de intervención en crisis o de abordaje de situaciones agudas, sino como un trabajo con enfermos crónicos, con múltiples déficits y otro «tempo» a la hora de diseñar los planes terapéuticos. Susser, Golfinger y White (1990)<sup>57</sup> y Mc Murray-Ávila (1999) señalaban entre los principios generales para el trabajo con PSH con enfermedad mental grave: La necesidad de que se realice un trabajo por parte de clínicos expertos capaces de realizar intervenciones ima-

\*\*\* Por ejemplo, una inyección de Risperdal Consta® supone unos 3 € con receta (no pensionista) y es un tratamiento a administrar cada 14 días, lo que supondría un gasto entre un 6 un 9% del total de sus ingresos cada mes.

ginativas y adaptadas a las necesidades las PSH en entornos que permitan afianzar la alianza terapéutica. En muchos casos, posponiendo intervenciones que desde un punto de vista convencional serían consideradas prioritarias, ya que intentos prematuros de abordar la psicopatología (p. ej. dar medicación) pueden ser vividos como agresivos y reforzar experiencias negativas previas. Aunque en el caso de pacientes seriamente afectados se debe de considerar la posibilidad de una hospitalización y un tratamiento involuntario, involucrándose ya desde el momento inicial las decisiones de seguimiento o continuidad de cuidados y definiéndose un miembro del equipo encargado en el seguimiento.

Previamente a ello se debe conocer directa y personalmente el contexto etnográfico y las instituciones sociales de la atención al sin hogar, antes de diseñar o emprender el programa y examinar las actitudes, sentimientos y asunciones en relación a los cuidados psiquiátricos y a la salud mental por parte de estas instituciones sociales y de los profesionales que en ellas trabajan. Y considerar los sentimientos y actitudes de los profesionales sociales de los albergues e instituciones implicadas ya que sino posteriormente podría ser un punto de ruptura o fracaso de las intervenciones.

Es imprescindible promover y mantener una política de alojamientos dignos. Esto supone la presencia de alojamientos de emergencia o albergues, alojamientos de transición (segundo nivel), alojamientos de medio y largo plazo en la comunidad (tercer nivel). Asociado a esto vendría la necesidad de un trabajo de aprendizaje sobre la «vida en casa y la comunidad», soporte profesional, además, de prevención e intervención en crisis que puedan interferir en el alojamiento y programas de rehabilitación.

La flexibilidad, la integración y la coordinación entre los diferentes servicios sociales y sanitarios son los elementos esenciales para una intervención eficaz.

El objetivo de estos equipos y programas debería de ser siempre la integración en toda la red de servicios sanitarios y sociales y al acceso a alojamiento, y programas de empleo.

Los modelos de trabajo que permiten cubrir de forma más aproximada esto son el «Outreach» ó modelo de búsqueda activa, los programas de continuidad de cuidados (en especial el tratamiento asertivo comunitario), todo ello entendido desde una filosofía de rehabilitación psicosocial y de trabajo en red. Previamente a ello se realizaría una valoración psiquiátrica lo más detallada posible.

## 4.2. Evaluación psiquiátrica

La evaluación psiquiátrica no difiere de la realizada con otros tipos de pacientes; si bien, conlleva una serie de «peculiaridades» a resaltar:

El setting habitual de las primeras entrevistas rara vez es un despacho, lo más frecuente es que se realice en la calle o en algún recurso como comedores o albergues. Con frecuencia las entrevistas se hacen en posturas incómodas (de pie o acucillado), en el exterior y sujeto al tiempo (lluvia o calor) y con escasa intimidad. Hay que tener en cuenta también que es el entorno, la «casa» del paciente la que se está visitando. Por ello, es especialmente relevante cuidar las formas y la comunicación no verbal en la entrevista.

Antes de dirigirnos a la persona se realiza una pequeña observación de su conducta y aspecto (aseo, adecuación de la vestimenta, presencia de soliloquios, inquietud psicomotriz, si está consumiendo o bebiendo...). Es especialmente relevante en las primeras entrevistas mostrar una actitud franca y directa, no amenazante y utilizar siempre el mismo tipo de saludo, estereotipado y pedir permiso para sentarnos o acercarnos a su lado e intentar que las entrevistas se realicen con la mayor comodidad y sin distorsionar su rutina (p.ej, no acercarse mientras come o mientras está pidiendo dinero). Hay que informarles de la profesión y el trabajo que se realiza («me llamo...soy médico psiquiatra...trabajo en/para...») e intentar facilitar entrevistas posteriores introduciendo a otros miembros del equipo. Es muy importante respetar las distancias y el contacto físico y en la medida de lo posible adoptar una postura física en la que uno no esté más alto que el otro (si esta sentado, permanecer sentado con él o acucillarse, si la situación lo permite, o estar ambos de pie).

En la medida de lo posible hay que focalizar la atención en la entrevista ignorando el entorno pero sin que eso suponga una intrusión en su intimidad. Es decir, hay que intentar no distraerse con las miradas o comentarios de vecinos y transeúntes pero tampoco se trata de que esos mismos vecinos sepan que está en una entrevista con un psiquiatra. Esto supone una dificultad añadida para poder mantener la atención en la entrevista aunque es relativamente fácil de automatizar.

Es fundamental no convertir la entrevista en un interrogatorio a la «caza» de síntomas psiquiátricos, e incluso el tener un diagnóstico de certeza puede ser un objetivo a demorar. De hecho, en ocasiones, resulta imposible tener un diagnóstico claro durante meses o años, al carecer con frecuencia de datos vitales o desconocer la evolución del trastorno y carecer de familiares u otros informadores. Se trata más bien, de iniciar una valoración en la que se vayan afianzando el vínculo y nos permita conocer los síntomas claves y sobretodo aquellos que le provocan más distress (angustia, insomnio, tristeza, abstinencia, síntomas físicos...), ya que será sobre estos sobre los que con más facilidad nos permita iniciar un tratamiento y hacer una valoración rápida de los riesgos (físico, autolisis, heterolisis).

Otro punto básico es ver su relación con el entorno. Con quién se relaciona, como lo hace, que recursos utiliza, ya que esto nos permitirá obtener muchos datos indirectos que nos permiten valorar la gravedad de la patología, el grado discapacidad que tiene y también, las habilidades que aún conserva. Este punto es fundamental para ir apoyando un plan terapéutico que respete sus tiempos y disminuya la frustración.

## 4.3. Modelo de Búsqueda activa (Outreach)

Si algo caracteriza el trabajo en la calle con personas sin hogar es la necesidad de buscar formas de desarrollar relaciones seguras que permitan un acercamiento y posterior abordaje terapéutico. Como señala Levy<sup>58</sup>, este es un modelo basado en las teorías ecológicas y del desarrollo. La intervención no es lineal y, aunque de forma explicativa, se subdivide en fases, estas se pueden solapar y pueden existir regresiones de una a otra fase. Las fases del modelo de outreach serían:



- Preenganche. Puede ser tan largo como se precise, el objetivo de esta fase es facilitar el inicio de un proceso de comunicación y la valoración de los problemas en un ambiente de seguridad para el paciente y el/los profesionales encargados de esta fase. En muchas ocasiones supone realizar acciones tan simples como el saludo o una sonrisa sin acercamiento o comunicación verbal si no lo permite. Se realizan acciones sobre el entorno y el observar como el equipo trabaja con otras personas del medio (p.ej, en albergues) puede ser una forma transmitir una seguridad que permita vencer la desconfianza inicial.
- Enganche. El objetivo es superar la desconfianza para permitir el desarrollo de una alianza terapéutica. Supone conocer el lenguaje del paciente, sus habilidades y limitaciones y respetar la relación limitando el desarrollo de conductas disruptivas. En esta fase hay que estar atento al posible desarrollo de relaciones de dependencia y resulta importante la disponibilidad y la capacidad de responder a las demandas del paciente, para poder reformularlas en objetivos terapéuticos.
- Contrato. En esta fase se trata de pactar los objetivos a conseguir con el paciente y su consecución.
- E Implementación del contrato. Mantenimiento y consolidación de los objetivos.

Como apuntan Chinman, Rosenheck y Lam<sup>59</sup>, el outreach es el primer paso hacia las mejoras a trabajar desde un programa de continuidad de cuidados y posteriormente, desde los programas de rehabilitación más estructurados. Se han señalado como factores de una intervención favorable un mayor nivel educativo, de soporte social y la percepción de distress psicológico. La gravedad de la psicopatología parece ser el factor de peor pronóstico.

#### 4.4. Programas de continuidad de cuidados. Tratamiento asertivo comunitario (TAC)

Los programas de seguimiento o continuidad de cuidados son una amplia gama de programas de intervención a largo plazo que tienen como foco de atención los enfermos mentales crónicos<sup>60</sup>. Aparecen como una respuesta a la desistitucionalización en los EE.UU y pretenden minimizar la fragmentación de servicios por medio de una figura clave (gestor de casos). Con ellos se intenta tanto asegurar la valoración de necesidades, como la provisión y continuidad del tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo en la comunidad. Dentro de los diferentes modelos de seguimiento de casos el tratamiento asertivo comunitario es el más frecuentemente empleado, para el abordaje de los enfermos mentales sin hogar demostrando su utilidad como modelo de trabajo en esta población, p.ej Programa ACCESS<sup>61</sup>, y un mejor coste-eficacia que otros modelos de trabajo<sup>62</sup>. Además, se han aplicado también en el abordaje de pacientes con patología dual<sup>63, 64</sup>.

El TAC fue desarrollado por Stein, Marx y Test en Winsconsin en la década de los setenta como una respuesta a aquellos pacientes que «*simplemente estaban demasiado enfermos para poder ser atendidos en un hospital*»<sup>65</sup>, cuyo reper-

torio de habilidades instrumentales y de resolución de problemas para afrontar el estrés de la vida diaria, su necesidad de dependencia y el rápido empeoramiento de sus síntomas con el stress hacían casi imposible un alta hospitalaria prolongada. En este tipo de abordaje un equipo multidisciplinar asume la responsabilidad del tratamiento, rehabilitación y apoyo social en la comunidad. Se realiza la intervención de las crisis en el medio comunitario limitando el acceso a hospitalización, con el fin de capacitar a los pacientes y a las familias para afrontar el estrés y mejorar las habilidades en resolución de problemas. Para ello existe un acceso a alguno de los miembros del equipo durante las 24 horas del día los 7 días de la semana. Para este tratamiento la ratio pacientes:profesional es baja (10:1 /15:1). La atención la presta un equipo multidisciplinar para asegurar la provisión de todos los servicios y es ilimitado en el tiempo. En lo relativo a los programas de TAC para PSH con enfermedad mental grave, suelen ser programas modificados en algunas de sus características; en particular en lo que se refiere al tiempo de duración de la intervención. Rosenheck y Dennis<sup>66</sup> proponen una intervención de una duración media de 9 meses, apoyando que la transferencia de estos pacientes a los servicios normalizados no sólo es posible sino que se puede realizar sin consecuencias negativas para el paciente. Son precisamente los períodos de transición hacia una atención normalizada o en los programas de alojamiento una de las preocupaciones más importantes ya que suponen con frecuencia, crisis que podrían derivar a la vuelta a la calle. Por otro lado, la no derivación saturaría los programas e impediría la realización de un trabajo intensivo. En este sentido el diseño de intervenciones en estos períodos es vital.

#### 4.5. Evaluación en Rehabilitación Psicosocial

Aunque consideramos que no hay diferentes tipos de evaluaciones en rehabilitación según se realice esta con distintos tipos o perfiles de usuarios, las características de la evaluación en rehabilitación psicosocial permiten un grado amplio de flexibilidad para adaptarse al sujeto, al contexto e incluso a la metodología específica de intervención de cada recurso.

En la evaluación en rehabilitación psicosocial de personas sin hogar con enfermedad mental (PSHEM en adelante), se mantendrán intactos las bases y principios que guían cualquier evaluación en los diferentes recursos de rehabilitación<sup>73, 74, 75, 76</sup>. Sin embargo, dadas las peculiares características de dicho colectivo y de sus condiciones ambientales; gran número de necesidades básicas urgentes, extrema exclusión, dificultades de recogida de información, etc., son necesarios ciertos ajustes los cuales cabrían en el modelo de evaluación.

Debido a que en otros capítulos de este libro se describe ampliamente la evaluación en rehabilitación psicosocial, en este apartado se expondrán únicamente los aspectos específicos de la evaluación con las PSHEM y los ajustes necesarios al modelo general de evaluación que contemplan aspectos como ampliar o dar más importancia a ciertas áreas, introducir nuevas áreas de análisis que son específicas de esta población, resaltar la evaluación inicial previa al plan individualizado de rehabilitación (PIR), dar una especial relevancia al con-

texto donde se desenvuelve el sujeto o resaltar la evaluación por observación como instrumento de recogida de información.

#### 4.5.1. Importancia de una evaluación inicial previa a la evaluación biopsicosocial completa

La evaluación es preliminar a la elaboración del Plan Individualizado de Rehabilitación (PIR) y a partir de ella se programan los objetivos de rehabilitación, se diseñan las intervenciones y se controlan sus resultados, sin embargo en cualquier proceso de rehabilitación, se contempla la existencia de una evaluación inicial que consistiría en un primer nivel de análisis donde se recoge información general que luego se va a concretar en un posterior análisis más exhaustivo, que daría lugar a la realización del PIR.

Con la PSHEM, se dan dos circunstancias que empujan a que el peso de la evaluación inicial sea especialmente importante; por un lado las graves y numerosas necesidades básicas de los usuarios requieren una intervención rápida y en muchos casos urgente y por otro lado dadas las condiciones del contexto donde se interviene con el usuario, existen grandes dificultades para recoger información necesaria para la realización del PIR.

Estas circunstancias en muchas ocasiones hacen necesaria una intervención más rápida y urgente sin poseer información completa del usuario, por lo que se daría especial importancia a la evaluación inicial que nos daría una información general para poder intervenir en aspectos más apremiantes. Esa evaluación inicial debería contener al menos las siguientes áreas:

TABLA 1. Evaluación inicial

Cobertura de las necesidades básicas: Manutención, Alojamiento, Vestido (ropa, calzado, etc.) Ingresos económicos mínimos para transporte, medicación etc.
Situación administrativa Situación en España en caso de ser inmigrante; irregular o regular Posesión de documentación: DNI, tarjeta sanitaria, etc.
Situación sanitaria Presencia de problemas médicos urgentes; enfermedades, lesiones, necesidad de curas de enfermería etc.
Situación psiquiátrica Existencia o no de psiquiatra de referencia, necesidad de apoyo o acompañamiento a dichas citas. Existencia o no de medicación prescrita, necesidad de apoyo o supervisión de la toma de medicación Presencia de descompensación psiquiátrica.
Conductas problema Consumo de alcohol y/o drogas Intentos autolíticos Comportamientos agresivos Graves dificultades de autocontrol
Contexto donde vive: Lugar; calle, albergue, centro de baja exigencia Necesidades y exigencias de dichos recursos (para lograr el mantenimiento en dichos recursos y evitar la expulsión o abandono) Recursos con los que se cuenta para la futura intervención.

Con la información inicial recogida se puede elaborar un plan de intervención que se dirija a cubrir esas necesidades urgentes pero que va a ser necesariamente parcial por no tener en cuenta la totalidad de los aspectos que conforman la problemática del sujeto a evaluar. Sin embargo dado que la evaluación continúa en todo momento dado su carácter de proceso, los elementos que se vayan conociendo del sujeto se van añadiendo hasta que pueda completar una visión más general del sujeto que pueda generar el PIR.

#### 4.5.2. Modificaciones en las áreas a evaluar

En la siguiente tabla se exponen las áreas que tradicionalmente se evalúan en los diferentes centros y recursos de rehabilitación psicosocial<sup>73</sup>:

TABLA 2. Áreas de evaluación de personas con enfermedad mental

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Datos sociodemográficos</li> <li>• Actitud ante la medicación y la enfermedad</li> <li>• Factores de riesgo, de protección y pródromos</li> <li>• Capacidades básicas</li> <li>• Autocuidados</li> <li>• Habilidades sociales</li> <li>• Red social</li> <li>• Ocio</li> <li>• Medio familiar</li> <li>• Inserción laboral</li> <li>• Demandas y expectativas</li> <li>• Integración comunitaria</li> <li>• Conductas problema</li> </ul>
--

La evaluación con PSHEM contempla todas las áreas anteriores, pero se hace necesario algunas modificaciones:

En primer lugar dado que las PSHEM no mantienen relación con sus familias, la evaluación en este área iría dirigida a recoger información sobre como influye la falta de familia en la situación psicosocial del usuario y como la falta de apoyos tanto afectivos como instrumentales de dicha familia va a influir (y generalmente dificultar) el proceso de rehabilitación. Por otro lado se recogerá información de las posibilidades a medio o largo plazo de recuperar la relación y apoyos familiares perdidos e incluso la vuelta al domicilio familiar.

En segundo lugar la información recogida en la evaluación de ciertas habilidades o capacidades difícilmente pueden ser de alguna utilidad si dicha información se toma en momentos temporales y/o contextos tan específicos que sería difícil realizar una generalización de dicha información a otros momentos. Por ejemplo; la evaluación de hábitos higiénicos en un usuario que vive en la calle o en un albergue que no posea agua caliente, ni lugar para colocar la ropa ni posibilidades de tener objetos de higiene personal difícilmente nos podrá dar información fiable de si sus hábitos higiénicos son adecuados o no, o por otra parte la evaluación en el área de ocio no podrá en modo alguno generalizarse si se evalúa en un momento temporal en el que el sujeto no posee ningún ingreso económico que le posibilite tomar un transporte público o pagar una

entrada de cine. En los casos anteriores, la evaluación de ciertas áreas tienen que posponerse hasta que mejoren las condiciones de habitabilidad del recurso residencial donde vive el usuario o bien hasta que éste tenga unos ingresos mínimos que permitan que dicho usuario pueda presentar el repertorio de hábitos y capacidades que posee.

Por último además de las tradicionales áreas relacionadas con la enfermedad mental y la discapacidad asociada a ella, también es necesario evaluar otros aspectos que tienen que ver con las características de su condición de exclusión y que son de vital importancia para determinar su historia de aprendizaje en el estilo de vida sin hogar. A continuación se expondrán dichas áreas:

#### 4.5.3. Áreas específicas para personas sin hogar

- Lugar de residencia y contexto en el que viven.

Si bien la evaluación que se va a realizar con el usuario evidentemente va a ser individualizada, es conveniente conocer las peculiaridades o características generales que pueden poseer los usuarios en función del lugar de residencia. Dichas características puede ser importantes para configurar un perfil inicial del usuario y para orientarnos hacia las áreas en las que se ha de incidir más a la hora de evaluar, además puede ayudar a determinar parte de la estrategia de intervención que se va a desarrollar; empezando por la elección del procedimiento de evaluación que se va a utilizar.

#### Usuarios que viven en la calle

Son las PSHEM que tienen la calle como su domicilio permanente, en ocasiones han permanecido muchos años en esta situación. Estos usuarios habitualmente son muy reacios a las intervenciones sociosanitarias de los equipos de calle e inicialmente no desean acudir a ningún recurso residencial bien por tener malas experiencias previas o por tener creencias erróneas sobre dichos recursos. Al ser capaces de sobrevivir en esta situación tan extrema, generalmente poseen cierta capacidad para cubrir sus necesidades más básicas; procurarse comida, ropa etc., y posiblemente encuentran algún tipo de ventaja o beneficio el mantenerse en esta situación. No suelen acudir a los servicios médicos ni psiquiátricos ni toman medicación por lo que presentan abundante sintomatología positiva. Así mismo presentan un gran número de enfermedades somáticas. En muchos casos son grandes consumidores de alcohol. Por otro lado estos usuarios carecen incluso de la documentación mínima.

Las intervenciones con las PSHEM incluidos en este apartado van encaminadas a tratar de que acudan a un recurso residencial donde puedan dormir a cubierto y ayudar a cubrir cualquier necesidad que tengan puntualmente; comida, ropa, ayuda médica, gestiones etc., y a establecer el enganche para las futuras intervenciones más continuadas y complejas; inicio de tratamiento farmacológico, rehabilitación psicosocial etc., que posiblemente se realizará más adelante en un recurso residencial

Además del grupo anterior, pueden encontrarse en situación de calle las PSHEM que acaban de iniciar el proceso de

sin hogar y con menos tiempo en la calle; estos usuarios todavía no tienen una «cultura de calle» no han llegado a los niveles más altos de exclusión y muchos de ellos aceptan rápidamente el ofrecimiento de algún recurso residencial por los servicios sociosanitarios de calle o de emergencias sociales. Así mismo pueden encontrarse también a personas que llevan poco tiempo, incluso sólo unos días en calle y al no tener una mínima capacidad de supervivencia, suelen ser atendidos o son recogidos por los servicios de emergencia y hospitalizados o ingresados en albergues.

#### Usuarios que viven en albergues de baja exigencia

Los usuarios que residen en los albergues o recursos de baja exigencia, poseen características similares al apartado anterior, pero éstos sí aceptan un recurso residencial y una cama donde dormir. No suelen aceptar normas, imposiciones ni responsabilidades, por lo que sólo son capaces de mantener un lugar residencial donde no se les exija prácticamente nada para poder mantener la plaza.

Al estar en un recurso con personal sociosanitario, son más abiertos al contacto e interacciones con ellos y así mismo se benefician de más ayudas o recursos que los que viven en la calle. Suelen tener más documentación y ayudas económicas que los usuarios que viven en la calle. En muchas ocasiones, tienen experiencias de problemas y expulsiones en otros albergues con más nivel de exigencia y han terminado por acomodarse en el que no le exige nada. Presentan así mismo abundantes conductas problema como el alcoholismo y el consumo de drogas.

Las intervenciones con este grupo de usuarios pretenden generalmente conseguir que inicien un enganche a los servicios sociosanitarios, inicio de tratamiento psiquiátrico, estabilidad en el recurso e intervenciones paliativas en consumo de alcohol y drogas y en conductas disruptivas, así como el conseguir el paso a un recurso más normalizado cuando estén preparados para asumir ciertas exigencias del recurso.

#### Usuarios que viven en Centros de Acogida de mayor exigencia de manera discontinua

Estos usuarios, son receptivos a vivir en recursos residenciales que les facilitan un mayor número de comodidades que los de baja exigencia, pero por otro lado, también les plantean un mayor número de normas y exigencias. Pueden permanecer temporadas pero no acaban de conseguir una estabilidad ya que suelen ser sancionados o expulsados del recurso o bien lo abandonan voluntariamente, generalmente por no ajustarse a las normas. Suelen beneficiarse en gran medida de las ayudas sociales y suelen acudir a recursos sociosanitarios cuando permanecen en el albergue aunque abandonan cuando lo dejan. Dado que permanecen en el recurso de forma intermitente e irregular, no se benefician totalmente de intervenciones tanto terapéuticas como socioeducativas que se suelen realizar en los centros de acogida y que requieren más tiempo y continuidad. Por ello, con este grupo de usuarios las intervenciones deben dirigirse a mantener la estabilidad en el recurso para que puedan beneficiarse de las ayudas profesionales con las que cuenta dicho recurso.



### Usuarios que viven en albergues de mayor exigencia de forma estable

En este perfil estarían aquellos usuarios que pueden permanecer por tiempo indefinido en los albergues, lo cual significa que son capaces de respetar ciertas normas, obligaciones y responsabilidades y por otro lado no presentan comportamientos altamente disruptivos; consumos de alcohol y drogas, conductas agresivas, etc. En este apartado estarían por un lado aquellos usuarios que valoran muchas dificultades para salir a un recurso mejor, por razones económicas, por su situación psiquiátrica, física o por el esfuerzo que les supondría. Los usuarios son conscientes de esta situación y no quieren irse a la calle por lo que asumen esa residencia como algo permanente y se adaptan a ella, pudiendo permanecer durante muchos años. Muchos de los usuarios de este apartado serían los que más se beneficiarían claramente de programas específicos de rehabilitación que impidiese su cronificación en el recurso, facilitase su autonomía y les apoyase para salir a recursos residenciales más normalizados, como pisos, etc.

Por otro lado también habría personas que permanecen en los albergues por que son incapaces de «sobrevivir» solas, muchas de ellas han acudido al albergue casi sin pisar la calle, directamente de un hospital psiquiátrico tras un ingreso, o llevadas por los equipos de calle a los pocos días de estar en la calle y recogidos por presentar evidencia de que no podrían sobrevivir estando en la calle. Serían aquellas personas que necesitan una gran atención y apoyo, una intervención muy asistencial y que posiblemente se beneficiarían de una plaza en un recurso psiquiátrico de larga estancia.

### Usuarios que viven en residencias en condiciones de precariedad: pensiones, infraviviendas

El número de personas que viven en estas condiciones es muchísimo más elevado que los demás grupos. Según la federación europea de asociaciones nacionales que trabajan con personas sin hogar (FEANTSA) en 1991 si en Europa había 1,1 millones de personas en situación de calle, si contábamos las que residían en alojamientos precarios la cifra ascendía a 2,5 millones y si contamos las que viven en condiciones de hacinamiento e insalubridad la cifra asciende a 18 millones.

Este grupo de personas no es tan conocido por los equipos que trabajan con personas sin hogar por que todavía no son propiamente personas sin hogar, pero hay grandes probabilidades de que pasen a engrosar sus filas. Las intervenciones necesarias con este colectivo deben ser preventivas antes de que se queden en la calle o intervenciones tempranas, nada más llegar a la calle.

- Cobertura de necesidades básicas

Las necesidades de las PSHEM son múltiples y diversas y dentro de ellas ocupan un puesto importante las necesidades de subsistencia básicas; comida, ropa, alojamiento etc. Es importante evaluar si el usuario tiene cubiertas dichas necesidades ya que sería un objetivo urgente darles cobertura antes de iniciar ninguna intervención en rehabilitación. En este apartado, también se evaluará si el usu-

rio tiene unos ingresos económicos mínimos para hacer frente a los gastos que va a suponer la intervención; transporte para acudir a citas, dinero para pagar las recetas, etc.

- Historia de «sinhogarismo»

Una información que será muy útil para la posterior intervención con el usuario, sería conocer la historia del usuario relacionada con la experiencia sin hogar: edad del primer episodio en calle, enfermedad mental previa al episodio de calle o posterior a el, motivos que desencadenaron dicho episodio, tiempo en calle etc. Dicha información nos va a determinar el arraigo de su conducta de marginación así como el efecto de las fuerzas de exclusión que se producen en las personas sin hogar, el grado de marginalidad y por otro lado la urgencia de la intervención.

- Estrategias de subsistencia en la calle

Nos va a indicar las habilidades y estrategias con los que cuenta el sujeto para poder sobrevivir en la calle; el número de necesidades básicas que puede satisfacer por el mismo y el grado de autonomía y normalización del sujeto. El usuario puede tener ingresos económicos, conseguir ingresos de forma marginal; vendiendo chatarra, pidiendo limosnas, o a través de ayudas de los vecinos que le dan ropa, comida, etc.

- Utilización de recursos durante el tiempo en calle

Es importante identificar todos los recursos a los que ha acudido en el pasado y en la actualidad. Se debe contactar con dichos recursos para obtener información sobre la evolución y funcionamiento del sujeto en dichos recursos: mantenimiento, responsabilidades, aceptación de normas, conductas problema, indagar las fechas de entrada y salida, las razones de las salidas etc. Es posible que el usuario tenga una serie de argumentos, a veces razonables y a veces erróneos por los que no quiere dormir en un albergue lo que hace imposible avanzar en su proceso si no quiere salir de la calle. Algunas de las razones que refieren los usuarios son que en dichos recursos no les dejan dormir con sus parejas, no les dejan llevar a sus mascotas; perros, gatos, les impiden llevar todas sus pertenencias, les hacen muchas preguntas para acceder al recurso y a los servicios que prestan, hay muchos horarios y normas etc. Así mismo los usuarios pueden tener prejuicios sobre dichos recursos como creer que son lugares para «drogadictos, locos, delincuentes» y por ello se niegan a acudir. Por último puede haber experiencias negativas previas en dichos recursos.

Hay que tratar de conocer sus opiniones para poder cambiar creencias erróneas sobre algunos puntos o bien buscar un recurso que se adapte mejor a su situación (Ej. si no quiere separarse de su pareja buscar un recurso que los admita a los dos).

Es especialmente importante conocer y contactar con todos los recursos que en el presente tienen algún tipo de contacto con el usuario: asociaciones, ONG, voluntarios etc. con el fin tanto de búsqueda de información como de trabajo coordinado y en red. Es así mismo necesario conocer si actualmente acude a algún servicio médico, psiquiátrico o social con el fin de ayudarlo a realizar un seguimiento de sus patologías o establecer prioridades para iniciar cualquier tipo de tratamiento.



- Sucesos vitales estresantes

Si la media de sucesos vitales estresantes en la población general es de 3 a lo largo de su vida, las personas sin hogar tienen una media de 9 sucesos según algunos autores<sup>78</sup>. Es muy probable que los usuarios hayan tenido un número elevado de situaciones traumáticas y conviene explorarlas ya que posiblemente puedan estar influyendo en su comportamiento y conductas problema.

- Exploración física

Algunos estudios<sup>78</sup> han encontrado que la población sin hogar presenta hasta 50 veces más problemas físicos que la población general, y muchas veces dichos problemas son graves y urgentes de tratar, por lo que es importante prestar una especial atención a esta área para detectarlos lo antes posible e intervenir de forma inmediata. Los problemas de salud más frecuentes entre esta población son los problemas pulmonares: asma, bronquitis, los problemas circulatorios, la anemia y dieta deficiente, los problemas en la piel o huesos y las lesiones traumáticas, debidas a agresiones y accidentes.

- Hábitos saludables

Algo que caracteriza a esta población es la falta de hábitos saludables, tanto en la higiene como en el estilo de vida, por lo que es importante situar la evaluación en niveles muy elementales. Los ítems que se evalúan en este apartado son comunes a otras evaluaciones en rehabilitación: desde la frecuencia de duchas y cambio de ropa hasta hábitos de alimentación y sueño. Es importante incidir en la prevención y cuidados de enfermedades contagiosas dado el entorno poco saludable donde habitualmente vive esta población.

- Consumo de alcohol y drogas

Teniendo en cuenta que el consumo de drogas y alcohol llega a afectar al 50% de las personas sin hogar<sup>77</sup> es necesaria una evaluación muy precisa en dichas áreas ya que es muy probable que se requiera una intervención al respecto.

- Posesión de documentos acreditativos

Es muy frecuente que estas personas carezcan de todo tipo de documentación; DNI, Tarjeta sanitaria etc. bien por que la han perdido, bien por que no la tienen (inmigrantes) por lo que resulta difícil que se les pueda ayudar a gestionar una pensión o a que les atiendan en un centro de salud o en un centro de salud mental. Es urgente determinar de qué documentos carecen para poder iniciar los trámites para conseguirlos.

- Capacidad de asumir y aceptar normas y responsabilidades

A la hora de conseguir (y mantener) un recurso residencial donde pueda vivir la persona sin hogar es importante conocer las normas y exigencias internas de cada recurso pero también es necesario evaluar las capacidades reales que tiene cada usuario para asumir y aceptar dichas normas con el fin de seleccionar el recurso disponible más acorde a las características del usuario y también para eva-

luar que aspectos habrá que trabajar con el usuario para que sea capaz de hacer frente a esas demandas y exigencias de los recursos.

- Área psiquiátrica

En el caso de las PSHEM la evaluación del área psiquiátrica además de los ítems tradicionales relacionados con la conciencia de enfermedad y la adherencia al tratamiento tiene que ampliarse a aspectos más básicos como conocer si el usuario está en contacto con la red sanitaria, si tiene psiquiatra de referencia y posee un diagnóstico psiquiátrico o si tiene pautada una medicación o por el contrario el usuario está fuera de dicha red y hay que iniciar un proceso de enganche, acercamiento y vinculación con dichos recursos sanitarios

En este apartado se incluye la valoración de incapacidad para conseguir una tutela o curatela judicial que favorezca una mejor intervención con usuarios que tienen graves dificultades de funcionamiento.

- Grado de concienciación de su situación personal

En algunos casos, es posible que el usuario sea totalmente consciente de su situación de exclusión y de las consecuencias de ese tipo de vida y por diversas razones se mantenga en esas condiciones; se encuentre bien en la calle, tenga una serie de gratificaciones que la hacen mantener esa situación e impiden que cambie etc., es importante conocerlas para poder darle argumentos en diferente dirección para facilitar su salida de la situación

En otros casos el usuario no es tan consciente de su situación, no se siente realmente excluido porque no sabe muy bien donde está o qué le pasa o qué hay fuera de su lucha por la supervivencia. La intervención será completamente distinta en cada uno de los casos anteriores.

Así mismo es interesante conocer hasta que punto las PSHEM creen que tienen algún control sobre la situación en la que se encuentran y si creen posible mejorar la situación en la que están, bien con ayuda externa bien con un poco de esfuerzo por su parte. En muchos casos no perciben que tengan control sobre su futuro ni posibilidades de cambiarlo por que en su experiencia pasada han tenido «mala suerte», no les han prestado ayuda cuando lo necesitaban, o han utilizado estrategias inadecuadas de resolución de problemas.

Por otro lado puede ocurrir que realmente no pueden planificar objetivos a medio y largo plazo ya que están obligados a solucionar problemas inmediatos y puntuales a cortísimo plazo, que son necesarios para su supervivencia diaria: donde duermo, qué como, conseguir un cigarro o un poco de alcohol, lo que les impide ver su problema con perspectiva.

#### 4.5.4. Modificaciones en el procedimiento de recogida de información

La característica diferencial de las PSHEM es precisamente la carencia de hogar, de casa, de domicilio propio. Estas personas residen bien en la misma calle o bien en los diferentes recursos residenciales específicos para las personas sin hogar que abarcan desde centros de baja exigencia

donde disponen de una butaca para descansar o dormir por la noche, a los centros de acogida donde disponen de camas y de otros servicios<sup>80, 81</sup>. Así mismo existen otros recursos más normalizados como mini residencias, pisos supervisados o pensiones para usuarios en fases más avanzadas en su itinerario de inserción.

La evaluación de los usuarios se deberá realizar, al menos en las primera etapas de la atención, en el lugar donde ellos residen, en su contexto; sea éste la misma calle, una plaza, un bar o un patio de un albergue. Debido a que de esta manera nos alejamos del lugar habitual donde se realiza la evaluación, que es en un despacho de un centro, se hacen imprescindibles ciertos cambios en el propio procedimiento concreto de evaluación y la realización de una serie de acciones previas que permitan la realización de una evaluación mínimamente eficaz.

Como se ha abordado ya en este capítulo, se deberá adoptar el modelo de búsqueda con el fin de que los profesionales puedan acceder y contactar con los usuarios que no acuden ni están en contacto con los recursos sociosanitarios.

Se deberá contemplar previamente un análisis de la situación; si el usuario reside en la calle, conocer donde va a estar y a que hora para poder establecer contacto con él. Conocer en que momentos es más probable que esté en mejores condiciones para dar información; por ejemplo, si tiene problemas de consumo de alcohol, será aconsejable contactar por la mañana antes de que esté ebrio.

**Así mismo se necesitará realizar un enganche previo con el usuario para crear una mínima vinculación y confianza para que permita el acercamiento del equipo y favorezca que el usuario de información.**

El profesional evaluador deberá asumir las condiciones poco idóneas para una evaluación, como las condiciones climatológicas, estímulos disruptivos como ruidos, tráfico y falta de intimidad al estar en un lugar público.

Es fundamental que el evaluador se adecue inicialmente al ritmo que marca el usuario como aceptar el lugar y horario mejor para el usuario, lo que puede implicar incluso una cierta flexibilidad en la jornada laboral de los profesionales, asumir que la duración e intensidad del contacto la decida el usuario y en todo momento respetar y aceptar al usuario tal como es ya que inicialmente no se pretende modificar su conducta sino establecer un contacto que favorezca la evaluación, por lo que cualquier valoración, juicio o crítica de sus comportamientos no sería efectiva.

Por último incidir en que se hace necesario utilizar estrategias como la utilización de refuerzos para facilitar el enganche con el usuario así como crear una situación de ayuda que acerque el usuario al profesional, desde el ofrecimiento de comida; bocadillos, un café, ropa o calzado y transporte a realizar curas, acompañamientos a centros de salud y otras prestaciones materiales o profesionales solicitadas por los usuarios o gratificantes para ellos<sup>82</sup>.

#### 4.5.5. Fuentes de la información

Las fuentes habituales de recogida de la información en la evaluación de PSHEM siguen siendo la entrevista como fuente principal, los cuestionarios y escalas y la observación directa, sin embargo con esta población, cobra espe-

cial importancia tanto la observación directa como la información del usuario procedente de otros recursos, dos fuentes que se utilizan habitualmente de manera más marginal en rehabilitación psicosocial.

La observación directa cobra una especial relevancia con esta población, ya que en los momentos iniciales con algunos usuarios, las dificultades o imposibilidad de interacción con ellos hacen que esta fuente de información sea la única información de la que podemos disponer. Esta información, a pesar de ser superficial, incompleta y con amplias posibilidades de error, puede servir para hacerse un retrato robot del usuario y para ayudar a dar los siguientes pasos de acercamiento. La observación nos ayuda a conocer sus pautas horarias, momento del día en el que está más accesible (sobrio etc), saber que refuerzos se pueden utilizar para el enganche (observar que carece de vestimenta adecuada, que presenta una herida o problema físico que el equipo pueda solucionar, etc.). También nos ofrece información de si el usuario está en contacto con otros recursos de calle o vecinos de tiendas etc. a los que se puede pedir información o ayuda para el primer contacto. Así mismo se puede detectar la necesidad de una intervención de urgencia si el usuarios esta muy sintomático o gravemente enfermo etc. Por último la observación directa aporta información para elaborar un plan de acercamiento según la actitud del usuario; si es agresivo o es amable y sociable etc.

En la siguiente tabla se exponen las áreas que se recogen a través de la observación directa.

TABLA 3. Observación directa

Cobertura de sus necesidades básicas; alojamiento, manutención etc.
Autonomía.
Problemas médicos observables.
Consumo de alcohol o drogas.
Síntomas positivos: comportamientos desestructurados, extravagantes...
Recursos económicos, mendicidad, actividades marginales.
Aspecto externo y pautas de higiene.
Recursos a los que acude: comedores, roperos etc.
Entorno del usuario; recursos sociales cercanos, médicos, policía, asociaciones, comedores, iglesias, recursos de rehabilitación o de atención a la salud mental...
Pautas horarias: hora de levantarse, de comida, de acostarse etc.
Relación con personas de su entorno: comercios y vecinos.
Existencia de grupo de relación: amigos, pareja, con qué tipo de personas se relaciona. Estilos de relación: agresivo, inhibido, asertivo.

Por otro lado otra fuente de información cobra especial importancia; la información proveniente de otros recursos, ya que aunque generalmente las PSHEM no tienen contacto regular con los recursos sociosanitarios, sin embargo si pueden tenerlos, o haberlos tenido a lo largo de toda su trayectoria sin hogar, que en muchos casos son años, con diferentes equipos de calle bien de las administraciones

públicas u ONGs que le invitan a ocupar una cama en un albergue que ofrecen bocadillos y café, recursos específicos para personas sin hogar ; comedores, roperos etc. y en muchos casos han recibido atención hospitalaria por un ingreso físico o psiquiátrico. Es habitual que dichas intervenciones realizadas por multitud de recursos en momentos temporales muy diferentes, con intensidades de intervención variada y baja continuidad, sea conocida casi exclusivamente por el recurso que le ha prestado esa intervención, pero no por otro recurso. Esto conduce a un gran número de intervenciones descoordinadas, con objetivos diferentes y con orientaciones o indicaciones a veces contradictorias.

Por esa razón, la intervención con esta población ha de ser necesariamente coordinada entre todos los agentes y recursos que intervengan con ella, y sería necesaria que dicha coordinación fuese una verdadera red interrelacionada, por la que se transmitiese la información, indicaciones, intervenciones y objetivos conjuntos que han de llevarse a cabo con las PSHEM. Por ello es conveniente hacer una búsqueda de toda la información que se pueda disponer del usuario a través de otros equipos de calle y los recursos sociosanitarios de su entorno que hayan tenido algún contacto previamente con dicho usuario. Es posible que de esa manera se consiga información sobre la situación psiquiátrica del usuario, posibles ingresos hospitalarios previos, uso de otros recursos residenciales, conductas problema, situación médica, etc. Todo ello constituye información relevante que deberá ser incorporada a la historia del usuario. Esto implica la necesidad de una estrecha coordinación y colaboración entre recursos a través de un trabajo en red.

#### 4.5.6. Consideraciones finales

La intervención con la población PSHEM es difícil y compleja y necesita de estrategias diferentes y originales perfectamente coordinadas entre todos los recursos y agentes que intervienen con ellos, desde recursos sociales, voluntariado, recursos médicos o psiquiátricos hasta las propias administraciones que deberían favorecer y facilitar la integración de este colectivo y evitar las barreras que favorecen su exclusión.

Es una obligación ética para nuestra sociedad, evitar que en pleno siglo XXI, en la sociedad occidental, caracterizada por una gran riqueza y un enorme consumo de todo tipo de bienes, donde muchas veces se valora a las personas por lo que tienen más por lo que son, exista un grupo de personas, cada vez más numeroso, que no poseen nada, solamente lo que pueden acarrear en sus mochilas o en sus carritos, personas que no pueden participar de los servicios médicos, sociales, educativos, laborales, de ocio, personas que son excluidas de todo tipo de recursos. En definitiva personas que no existen realmente para la sociedad.

El papel fundamental en este proceso de «inclusión social» lo tienen las administraciones públicas, los servicios que trabajan con esta población y los profesionales que están directamente en contacto con ellos, pero también es importante una labor de concienciación social de todos los ciudadanos que con su actitud pueden favorecer los procesos de exclusión o bien facilitar la integración de las personas sin hogar con enfermedad mental.

## Bibliografía

1. Thornicroft G, Tansella M. The mental Health Matrix. A manual to improve services. Cambridge University Press; 1999.
2. Leff J. The TAPS Project: Evaluating Community Placement of Long-Stay Psychiatric Patients. *British J Psychiatry* 1993; 162 (Supp. 19): 6-56.
3. Bachrach LL. What we know about homelessness among mentally ill persons: An analytical review and commentary. *Hosp Community Psychiatry* 1992; 43: 453-464.
4. Timms P. Homelessness and mental illness: a brief history. En: Bhugra D, editor. *Homelessness and mental health*. Cambridge University Press; 1996.
5. Marshall M. European perspectives. Introduction to european chapter. En: Bhugra D, editor. *Homelessness and mental health*. Cambridge University Press; 1996.
6. Brandt P, Munk-Jorgensen P. Homelessness in Denmark. En: Bhugra D, editor. *Homelessness and mental health*. Cambridge University Press; 1996.
7. Cohen CI, Crane M. Old and homeless in London and New York City: a cross-national comparison. En: Bhugra D, editor. *Homelessness and mental health*. Cambridge University Press; 1996.
8. Rössler W, Salize HJ. Continental european experience: Germany. En: Bhugra D, editor. *Homelessness and mental health*. Cambridge University Press; 1996.
9. Muñoz M, Vázquez C, Cruzado JA. Personas sin hogar en Madrid. Informe psicosocial y epidemiológico. Madrid: Consejería de Integración Social. Comunidad de Madrid; 1995.
10. Vázquez C, Muñoz M, Sanz J. Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 95: 523-530.
11. Muñoz M, Vázquez C, Koegel P, Sanz J, Burnam MA. Differential patterns of mental disorders among the homeless in Madrid (Spain) and Los Angeles (USA). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 514-520.
12. Vega LS. Salud mental en población sin hogar. Estudio epidemiológico en albergues para transeúntes en Gijón (Asturias): prevalencia de trastornos psiquiátricos y uso de servicios médicos y de salud mental. Oviedo: Cuadernos Asturianos de Salud. Consejería de Servicios Sociales. Principado de Asturias; 1996.
13. Rico P, Vega S, Aranguren L. Trastornos psiquiátricos en transeúntes: un estudio epidemiológico en Aranjuez. *Rev Asoc Esp Neuropsiq* 1994; 51: 561-760.
14. Bravo MF, Cortés D, García M, Martín MA, Nuche M, Sanchez ME, Santacruz A, Vázquez JJ. Historias de Vida de Personas sin Hogar. Madrid: IV Seminario Europeo Salud Mental Exclusión Social; 1997.
15. Leonori L, Muñoz M, Vázquez C, Vázquez JJ, Bravo MF, Nuche M, Brandt P, Bento A, Horenbek B. The Mental Health and Social Exclusion (MHSE) network. Results of a preliminary survey in five european cities. *European Psychologists*. 2000; Vol. 3: 78-85.
16. Cohen CI, Thompson KS. Homeless Mentally Ill or Mentally Ill Homeless? *Am J Psychiatry* 1992; 149: 16-823.
17. Olfson M, Mechanic D, Hansell S, Boyer CA, Walkup J. Prediction of homelessness within three months of discharge among inpatients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 667-73.
18. Nordoft M, Knudsen HC, Jessen-Petersen B, Krasnik A, Saelan H, Brodersen AM, Treufeldt P, Loppenthin P, Sahl I, ostergard P. Copenhagen Community Psychiatric Project (CCPP): characteristics and treatment of homeless patients in the psychiatric services after introduction of community mental health centres. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32: 369-378.
19. Caton CL. Mental health service use among homeless and never-homeless men with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 1139-43.
20. Susser ES, Lin SP, Conover SA. Risk factors for homelessness among patients admitted to a state mental hospital. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 1659-1664.
21. Bhugra D. Introduction. En: Bhugra D, editor. *Homelessness and mental health*. Cambridge University Press; 1996.



22. Cortés D, García M, Martín MA, Nuche M, Sanchez ME, Santacruz A. Encuesta Preliminar SMES. Estudio de Servicios en el Area Metropolitana de Madrid. Madrid: IV Seminario Europeo Salud Mental Exclusión Social; 1997.
23. Breakey WR. Clinical work with homeless people in the USA. En: Bhugra D, editor. Homelessness and mental health. Cambridge University Press; 1996.
24. Bachrach L. Lessons from America: semantics and services for mentally ill homeless individuals. En: Bhugra D, editor. Homelessness and mental health. Cambridge University Press; 1996.
25. Talbott JA, Lamb HR. Summary and recommendations. En: The homeless mentally ill. Editado por Lamb HR. Washington: American Psychiatric Association; 1984.
26. Federal Task Force on Homelessness and Severe Mental Illness. Outcast on main street. Washington DC: Interagency Council on the Homeless; 1992.
27. Lamb HR. Perspectives on effective advocacy for homeless mentally ill persons. *Hosp Commun Psychiatry* 1992; 43: 1209-12.
28. Kingdon D. Implications of social policy. En: Bhugra D, editor. Homelessness and mental health. Cambridge University Press; 1996.
29. Goldman HH, Morrissey JP, Rosenheck RA, Cocozza J, Blasinsky M, Randolph F, and the ACCESS National Evaluation Team. «Lessons From the Evaluation of the ACCESS Program». *Psychiatr Serv* 53:967-969, August 2002.
30. Morrissey JP, Calloway MO, Thakur N, Cocozza J, Steadman HJ, Dennis D, and the ACCESS National Evaluation Team. «Integration of Service Systems for Homeless Persons With Serious Mental Illness Through the ACCESS Program». *Psychiatr Serv* 53:949-957, August 2002.
31. Rosenheck RA, Lam J, Morrissey JP, Calloway MO, Stolar M, Randolph F, and the ACCESS National Evaluation Team. «Service Systems Integration and Outcomes for Mentally Ill Homeless Persons in the ACCESS Program». *Psychiatr Serv* 53:958-966, August 2002.
32. Rothbard AB, Min SY, Kuno E, Wong YL. Long-term effectiveness of the ACCESS program in linking community mental health services to homeless persons with serious mental illness. *J Behav Health Serv Res.* 2004 Oct-Dec; 31(4):441-9.
33. Rosenheck R, Kasprow W, Frisman L, Liu-Mares W «Cost-effectiveness of supported housing for homeless persons with mental illness. *Arch Gen Psychiatry.* 2003 Sep; 60(9):940-51.
34. Metraux S, Marcus SC, Culhane DP. The New York-New York housing initiative and use of public shelters by persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv.* 2003 Jan;54(1):67-71.
35. Iriarte B, Larigoitia A. Bizitegi, un intento de inclusión de personas sin hogar. *Psiquiatría Pública* 1998; 10: 179-185.
36. Bravo Ortiz MF. «Exclusión social en personas con enfermedad mental crónica». Rivas F. La psicosis en la comunidad. *AEN Estudios* /24. pag: 351-381.
37. Craig, T; Brandt, P; Leonori, L; Muñoz, M. (Ed). « To Live in Health and Dignity: European Project». Copenhagen. 2002.
38. Muñoz M, Pérez E, Panadero S. «Intervención con personas sin hogar con trastornos mentales graves y crónicos en Europa». *Rehabilitación Psicosocial* . 2004. Volumen 1 – Número 2, p. 64 – 72.
39. Bravo Ortiz MF. «Intervenciones en Personas Sin Hogar con Trastornos Mentales: Situación en Europa y en España». En prensa
40. Bravo MF, Ladrón Jiménez A, Panadero S, Rogers H. « To Live in Health and Dignity: European Project: Local Report. Madrid (Spain)». [www.smes-europa.org](http://www.smes-europa.org)
41. Grupo SMES MADRID. «Propuesta de actuación coordinada en la atención a personas sin hogar con trastornos mentales». *Boletín de la AMSM.* Primavera 2001; 5-15.
42. Muñoz M., Vázquez C., Vázquez J.J. «Los límites de la exclusión. Estudio sobre factores económicos psicosociales y de salud que afectan a las personas sin hogar en Madrid». Ed Témpora. Madrid 2003
43. Ozamiz J.A. «La dinámica de la exclusión en las grandes ciudades» en «La salud mental en las grandes ciudades». Coordinado por Reneses B. 1999 Ed. Comunidad de Madrid, consejería de sanidad y servicios sociales. Pp 21-35
44. Cabrera P. «Exclusión, Desviación, Pobreza». En «Miradas en el encuentro». Ed Fundación RAIS. Madrid. 2000. pp17-21.
45. Cabrera P. «La acción social con personas sin hogar en España». Cáritas española. Madrid. 2000.
46. Sánchez Morales M.R. «La población sin techo en España: Un caso extremo de exclusión social». Ed Sistema. Madrid 1999.
47. Cabrera P., Rubio M.J. «Personas sin techo en Madrid. Diagnóstico y propuestas de actuación». Informe de Marzo de 2003. Departamento de Sociología y trabajo social. Facultad de Ciencias humanas y sociales. Universidad de Comillas.
48. Leff J. «Why is care in the community perceived as a failure?» *The British Journal of Psychiatry*(2001) 179:381-383.
49. Vega L.S, Palomo T. «Aspectos psicológicos y psiquiátricos de la vida en la calle». *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría* (1996). Vol XVI, n.º 57, pp7-20.
50. Timms P., Balazs J.»ABC of mental health: Mental Health on the margins» . *British Medical Journal*, international ed. (1997)Vol 315, n.º 7107,pp536-540
51. Craig T., Timms P. «Facing up to social exclusión: Services for homeless mentally ill people». *International Review of Psychiatry*(2000)Vol12, n.º 3, pp206-212.
52. Breakey W.R, Susser E., Timms P. «Mental health Services for homeless people» en «Measuring mental health needs». 2.ª Ed. Editor Thornicroft G. Ed Gaskell. Glasgow 2001. pp 304-341.
53. Vega González L. S.»¿Qué sabemos sobre las personas sin hogar?». Comunicación personal. Jornadas sobre personas sin hogar. Logroño 18-19 Diciembre 2000.
54. López- Ibor J.J, Cuenca O. «La esquizofrenia abre las puertas». Vol 2. Ed Aula Médica. Madrid 2000.pp 110-138.
55. «Hospitalizing the homeless». *Canadian Medical Asociation Journal* (2001) 20, 164(6). Editorial.
56. Rodríguez A., González Cases J.C. «La rehabilitación psicosocial en el marco de la atención comunitaria integral a la población enferma mental crónica». En «Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención». Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid 2002. pp17-42.
57. Susser E., Goldfinger S.M., White A. «Some clinical approaches to the homeless mentally ill» *Community Mental Health Journal* (1990) Vol26, n.º5. pp363-480.
58. Levy J. «Homeless outreach: A developmental model.» *Psychiatric Rehabilitation Journal*(1998)Vol 22,n.º2, pp 123-132.
59. Chinman M.J., Rosenheck R., Lam J.A. «The Developing of Relationships between People who are Homeless and have Mental Disability and their Case Manangers» *Psychiatric Rehabilitation Journal*(1999)Vol 23,n.º1, pp47-56.
60. González Rodríguez A. «Programas de seguimiento y continuidad de cuidados en la comunidad». *Monografías de psiquiatría* (2001) vol XIII, n.º 2. pp4-16.
61. Johnsen M, Samberg L., Calsyn R., Blasinsky M., et al. « Case Management Models for persons who are Homeless and Mentally Ill: the ACCESS demonstration project» *Community Mental Health Journal* 81999). Vol, 35, n.º4, pp325-347.
62. Wolff N., Helminiak T.W., Morse G.A., Robert J., et al. «Cost effectiveness evaluation of three approaches to case management for homeless mentally ill clients» *American Journal of Psychiatry.* (1997) Vol 154,n.º3, pp341-349.
63. Murray P.M., «Treating homeless people with alcohol and other drug problems: Issues for practice and evaluation. *Journal Of Mental Health Administration* (1993)., vol20,n.º2 pp 87-90.
64. Blankertz L.E., Cnaan R.M., «Serving the dually diagnosed homeless: Program Development and Interventions» 81993). Vol 20, n.º 2, pp100-113.
65. Dixon L. «Assertive Community Treatment: Twenty– Five Years Of Gold». *Psychiatric Services* (2000) Vol 51n.º 6, pp 759-765.
66. Rosenheck R.A., Dennis D. «Time-limited assertive community treatment for homeless persons with severe mental illness». *Archives of General Psyc hiatry* (2001). Vol 58, n.º 11, pp1073-1081.
67. Susser E., Valencia E., Conover S., Felix A., et al. «Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: A «critical time» intervention after discharge from a shelter» *American Journal of Public Health.* (1997) Vol 87, N.º 2; pp. 256-263



68. Thornicroft G.» Annotation: The importance of transctional care in reducing homelessness» *American Journal of Public Health* (1997), Vol 87, n.º2 pp256-263.
69. González Guitián E., Vázquez Souza M.I., Sola Onís C., Redondo García S., De Bonifaz Barrio M. «Informe sobre el programa de atención psiquiátrica dirigida a enfermos mentales sin hogar» SERMAS. Oficia de Coordinación de Salud Mental. Febrero 2004.
70. Moreno Küstner B., Jiménez Estévez J.F. , Godoy García J.F. , Torres González F. «Evaluación de las necesidades asistenciales de una muestra de pacientes esquizofrénicos del Área de Salud Mental Granada Sur» *Actas Españolas de Psiquiatría* (2003). vol 31, n.º6. pp 325-330
71. Mc Quisition H.L., Finnerty M., Hirschowitz J., Susser E. «Challenges for psychiatry in serving homeless people with psychiatric disorders». *Psychiatric Services* (2003) Vol 54 n.º 5, pp 669-676.
72. Aldaz J.A., Vázquez C. «Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación. Ed. Siglo XXI. Madrid 1996.
73. Consejería de Servicios Sociales. Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención. 1.ª ed. Madrid: Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid; 2002.
74. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave. 1.ª ed. Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad; 2007.
75. Rodríguez A. Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. Madrid: Psicología Pirámide; 1997.
76. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Modelo de centro de rehabilitación psicosocial. Madrid: Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad; 2007.
77. Muñoz M, Pérez E, Panadero S. Intervención con personas sin hogar con trastornos mentales graves y crónicos en Europa. 2004;Rehabilitación psicosocial 2004; 1(2):64-72.
78. Muñoz M, Vázquez C, Vázquez JJ. Los límites de la exclusión. 1.ª ed. Madrid: Ediciones Témpera; 2003.
79. Muñoz M, Vázquez C, Cruzado JA. Personas sin hogar en Madrid. 1.ª ed. Madrid: Facultad de Psicología. Universidad Complutense. Comunidad de Madrid; 1995.
80. Cabrera PJ. Huéspedes del aire. 1.ª ed. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 1998.
81. Comunidad de Madrid. Guía de recursos para personas sin hogar. 1.ª ed. Madrid: Comunidad de Madrid; 2005.
82. Recalde F. Una experiencia de gestión de casos. «Pisos supervisados y programas de apoyo a la reinserción social de personas con enfermedad mental grave y crónica en situación de exclusión social»(PRI-SEMI). In: Casado D, editor. Gestión de caso (y métodos afines) en servicios sanitarios y sociales. 1.ª ed. Madrid: Hacer; 2009. p. 83-92.

# Capítulo 19. Evaluación de resultados de la rehabilitación psicosocial

Manuel Muñoz López, Sonia Panadero Herrero y Abelardo Rodríguez González

## 1. Introducción

A lo largo de los últimos años ha quedado establecida la necesidad de extender la atención a las personas con trastornos mentales graves y persistentes más allá de los límites tradicionales relacionados con la sintomatología psiquiátrica (Lieberman, 1993). En este sentido se ha ido evolucionando de forma continuada desde una asistencia exclusiva de salud mental y centrada en los síntomas a una atención social global que incluye todos los aspectos de la vida de la persona e incluso de su familia (AEN, 2002; Cañamares, Castejón, Florit, et al., 2001; Harvey y Fielding, 2003). Como se ha detallado en los capítulos anteriores, la aparición de nuevos tipos de recursos de atención psicosocial, nuevas estrategias de intervención y la implicación de nuevos tipos de profesionales ha sido una constante a lo largo de los últimos años (APA, 2005; Durante y Noya, 2000; González y Rodríguez, 2002; Greenberg y Rosenheck, 2006) y ha jugado un papel muy importante en la implantación de la red madrileña de salud mental en todas sus perspectivas (Consejería Servicios Sociales, 2003; Ferre y Palanca, 2005). Parejo a este desarrollo se ha producido, aunque en menor medida, un interés por los resultados de estas nuevas fórmulas de intervención (Arns, Rogers, Cook et al., 2001; Muñoz, Vázquez, Muñiz, et al., 1999; Muñoz, 2003; Wholey et al., 2004). Este capítulo pretende ser una aproximación a la evaluación de resultados en este campo de trabajo. Para ello se presentará en primer lugar una revisión de los aspectos fundamentales de la evaluación de resultados (conceptos principales, metodología, dominios e instrumentos utilizados y formas de aplicación). A continuación se presentará el caso de la Comunidad de Madrid como ejemplo de un trabajo de evaluación de resultados en este campo, del Plan de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007 de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, llevado a cabo durante los últimos años gracias al convenio firmado para el seguimiento entre la propia Comunidad de Madrid y la Universidad Complutense de Madrid.

## 2. Evaluación de programas

Antes de abordar directamente el tema de la evaluación de resultados, objeto de este capítulo, resulta necesario hacer algunas consideraciones generales. La evaluación de resultados debe entenderse en un marco de evaluación más amplio: la **evaluación de programas**, que persigue el conocimiento global y completo de los programas (entendiendo por programa un proceso de producción como se recoge en la figura 1).

FIGURA 1. Programa como proceso de producción (Kushner, 2005)



Esta evaluación va más allá de la comprobación de los méritos, el impacto, los resultados del programa o intervención; es una disciplina social que permite comprobar hasta que punto las necesidades y demandas existentes en un colectivo concreto se han modificado mediante la aplicación de los programas diseñados y aplicados para ello (Scriven, 2003). De hecho, en opinión de algunos autores (Cohen y Franco, 1993) parece evidente que no hay posibilidad de llevar a la práctica políticas sociales eficaces y eficientes si no se evalúa su aplicación. Con este objetivo se desarrolla la evaluación de programas, que podría ser definida como:

*...un juicio de valor sistemático realizado mediante procedimientos del método científico, que proporciona de manera válida y fiable, información pertinente que permite tomar decisiones concretas.*

(Aguilar y Ander-Egg, 1992)

Esta definición subraya una de las finalidades prácticas de la evaluación: proporcionar información que ayude a la toma de decisiones, de forma racional e inteligente, en relación con la marcha de los programas (Muñoz y López, 1997). Dicho de otro modo:

*«la valoración de programas es una disciplina fundamentalmente aplicada, que se lleva a cabo por razones prácticas para contribuir a la toma de decisiones, clarificar opciones y reducir incertidumbres»*

(Esteve, 1994)

Pero la finalidad de la evaluación de programas no será sólo la justificación de las políticas sociales y de gasto público, sino también proporcionar criterios para la toma de decisiones en relación con la estructura y el funcionamiento de los programas (Fernández-Ballesteros, 1996; Wholey, Hatry, y Newcomer, 2004); podría decirse que se trata de dar carácter científico a determinadas decisiones públicas sobre política social. En este sentido la evaluación, al ayudar a tomar decisiones fundamentadas sobre las acciones emprendidas ayuda a lograr un cambio y mejora social, resultando de gran importancia para lograr solucionar, cada vez más eficazmente, los problemas sociales (Vedung, 1996).

A la vista del desarrollo y consolidación de la rehabilitación psicosocial, la preocupación por los resultados obtenidos mediante las fórmulas de intervención utilizadas, por la aplicación de diferentes tipos de programas se hace especialmente interesante en este campo de trabajo. Esa evaluación de resultados debe convertirse en una herramienta de gran relevancia a la hora de tomar decisiones sobre la necesidad de crear nuevos recursos, de proceder a realizar cambios necesarios en los existentes y podrá servir de guía en la selección de un determinado programa o intervención.

### 3. Proceso de evaluación de resultados

Mientras que la evaluación de programas se interesa por diferentes aspectos del funcionamiento de los mismos, fundamentalmente la necesidad del programa, el diseño del mismo, su implementación y desarrollo y su cobertura. La evaluación de resultados focaliza su atención en el análisis de los efectos –resultados– que tiene un determinado programa sobre la población a la que va dirigido (Alvira, 1999).

Todo programa o intervención busca unas consecuencias determinadas. Por ello, independientemente de otros tipos de valoraciones, el análisis de los efectos del programa, es decir, de su impacto en la población meta, es uno de los tipos de evaluación clave. De hecho, para algunos autores la evaluación de resultados se convierte en el aspecto fundamental dentro de la evaluación de programas (Pérez-Llantada, 1999).

Los profesionales, usuarios, y otras personas relevantes relacionadas con los programas habitualmente tienen una percepción clara sobre los resultados del mismo, aunque con frecuencia y probablemente debido a su implicación y cercanía con el programa, ésta se encuentre sujeta a sesgos importantes. Por ello resulta necesario comprobar empíricamente, es decir, medir y cuantificar, los cambios producidos en los usuarios, así como la dirección de los mismos de forma independiente. Este tipo de evaluación, que se basa en la valoración de los objetivos que se buscan con la aplicación del programa, supone la comprobación empírica de que el programa ha causado los cambios en la dirección deseada y el grado o intensidad conseguido en dichos cambios. Además, este tipo de evaluación no se centra tan solo en los resultados inmediatos, sino, al menos idealmente, también se interesa por los resultados intermedios y a largo plazo (Wholey et al, 2004).

Sin embargo, no se puede dejar de señalar que el análisis de resultados no explica el cómo y el porqué se producen dichos cambios. Por este motivo algunos autores no toman la evaluación de resultados como algo independiente sino que lo consideran dentro de una fase o momento de evaluación más amplio denominado **evaluación de la ejecución**, la actuación o del rendimiento del programa («performance monitoring») en el cual se recoge tanto información descriptiva sobre el funcionamiento global del programa como datos sobre sus resultados (Wholey et al, 2004), lo que supone un enfoque muy interesante y sumamente enriquecedor de este tipo de evaluación. De hecho, este es el tipo de enfoque más próximo al seguido por los autores en la evaluación del *Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica* de la

Comunidad de Madrid que se incluye en el presente capítulo.

Ya se ha señalado la utilidad de la evaluación de programas en general y de resultados en particular para la toma de decisiones sobre los programas o intervenciones. Insistiendo sobre la utilidad de la evaluación de resultados Ogles, Lambert y Fields (2002) especifican algunas de las principales razones para llevar a cabo este tipo de evaluación: mejorar el tratamiento ofrecido a los clientes o usuarios, aumentar el conocimiento sobre las intervenciones y sus principales ventajas e inconvenientes, proporcionar argumentos para la toma de decisiones económicas y mantener la responsabilidad ética de los profesionales al situar la calidad en el punto de mira de los procesos de intervención.

Pero tampoco la evaluación de resultados resulta un campo homogéneo con un único objetivo o abordaje. En este tipo de evaluación se manejan diferentes conceptos que presentan algunas diferencias interesantes. Por ejemplo, la evaluación de resultados puede aportar información sobre los efectos conseguidos en la propia población atendida y diferenciarlos de los resultados en la población general. En este último caso se suele preferir el término de **evaluación del impacto** del programa para tratar de significar una mayor amplitud y alcance de sus efectos.

Conviene, igualmente, especificar algunos otros conceptos que añaden matices importantes, como son los conceptos de eficacia, efectividad y eficiencia, que en ocasiones se pueden llegar a utilizar erróneamente como sinónimos. En primer lugar, la **eficacia** consiste en el estudio del grado en que el programa o intervención logró los objetivos planteados en condiciones experimentales ideales (por ejemplo, asignación aleatoria de usuarios y profesionales). Sin embargo, la evaluación de la **efectividad** se lleva a cabo en marcos aplicados, en contextos reales (por ejemplo, los profesionales y usuarios son asignados según los procedimientos habituales del programa). Por último, la **eficiencia** hace referencia al análisis de los resultados obtenidos con la intervención en relación con los costos generados por la misma.

Aunque en general podría decirse que la evaluación de resultados sirve para aprender sobre los efectos del programa, Rossi, Freeman, y Lipsey (1999) plantean que mediante esta evaluación se busca responder de forma más concreta a una serie de preguntas diferentes en relación a un programa o intervención dada. Siguiendo a estos autores estas preguntas serían las siguientes:

- ¿Han sido logradas las metas y objetivos?
- ¿Han tenido efectos beneficiosos sobre los usuarios?
- ¿Han tenido efectos adversos?
- ¿Algunos usuarios se han visto afectados más que otros?

Estas preguntas deben ser respondidas mediante un proceso de evaluación que implica diferentes momentos y pasos. Una de las propuestas más completas en el desarrollo de este proceso es la de Wholey et al. (2004) que señalan 8 pasos para la implementación de la evaluación de resultados, y de forma más amplia para la evaluación de la ejecución del programa. Adaptando esta propuesta al campo de la rehabilitación psicosocial y a las necesidades específicas de este tipo de intervenciones y programas, se pueden plantear los siguientes pasos o **fases del proceso de evaluación en rehabilitación psicosocial**:

Clarificación de los propósitos de la evaluación y conocimiento del programa.

Identificación de los dominios relevantes y otros criterios a considerar.

Definición, evaluación y selección de los indicadores.

Desarrollo de los procedimientos de recogida de información y asignación de responsabilidades y tareas.

Entrenamiento a los profesionales, usuarios y otras personas implicadas.

Realización de un estudio piloto.

Implementación a gran escala y evaluación y modificación en caso necesario.

Análisis y elaboración de los resultados.

A continuación se abordará el proceso de evaluación de resultados especificando brevemente los aspectos y decisiones a considerar en cada uno de ellos.

### 3.1. Clarificar los propósitos de la evaluación y conocimiento del programa

En primer lugar es fundamental conocer qué se persigue con la evaluación de resultados de un programa determinado. Es decir, cuales son los objetivos concretos, qué tipo de información se quiere obtener y qué uso se le pretende dar. Esta información debe ser tenida en cuenta a la hora de llevar a cabo los pasos siguientes y tomar las decisiones pertinentes. Este es el momento de tomar contacto con el programa y conocer sus características, funcionamiento, población objetivo y todas aquellas variables que pudieran resultar de interés. El tener un conocimiento en profundidad sobre el programa es un requisito previo al diseño de la evaluación. Cada evaluación es única, es decir, debe ser diseñada a medida, estando su desarrollo guiado por un cuidadoso análisis del contexto de evaluación.

La evaluación requiere recursos para su puesta en marcha y desarrollo: profesionales dedicados a las actividades de evaluación (recogida de datos, codificación, análisis de los mismos, elaboración de informes), materiales y equipamiento (Rossi et al, 1999). En este primer momento es importante definir de qué recursos se dispone para llevar a cabo dicha evaluación ya que los recursos disponibles marcarán las posibilidades y la planificación de la misma.

También en este momento habrá que tomar decisiones respecto a los agentes de evaluación. Habitualmente se consideran dos posibilidades en función de dónde se sitúe el agente de la evaluación: externa o interna. Por **evaluación interna** se entiende aquella en que el evaluador es parte del propio programa evaluado y por **evaluación externa** se entiende aquella otra en que el evaluador no forma parte del propio programa. En principio, ambos tipos presentan ventajas e inconvenientes, siendo difícil decidir que estrategia es mejor en cada ocasión.

Por un lado, resulta evidente que los evaluadores deben tener un conocimiento en profundidad sobre los distintos aspectos del programa y sus diferentes mecanismos de aplicación. Es mucho más fácil conseguir ese dominio del programa cuando el evaluador forma parte del mismo, es

decir, en el caso de la evaluación interna. Además, siempre será más sencillo para alguien implicado en la estructura del propio programa conseguir la colaboración necesaria del resto del personal del mismo, siempre compleja pero imprescindible en cualquier proceso de evaluación que pretenda conseguir un nivel de calidad aceptable. Finalmente, la implicación de los técnicos evaluadores en el propio proceso de intervención y planificación puede facilitar la realización de los cambios derivados de la evaluación, no siempre fáciles de aceptar por los gestores y el personal de los programas evaluados.

En el otro lado de la balanza, debe colocarse el hecho de que solamente los observadores o evaluadores externos pueden llegar a garantizar la independencia respecto a los gestores o principios del programa. En esa línea, es posible que la evaluación realizada por personal de los propios programas haga «sospechar» de la utilidad real de los resultados de la evaluación. Es conocida, además, la dificultad en la identificación de problemas y relaciones para las personas implicadas, de forma que, siempre será mejor que los evaluadores mantengan la mayor independencia posible respecto a la puesta en marcha y funcionamiento de los programas evaluados. Finalmente, en muchas ocasiones algunas administraciones pueden mostrarse más dispuestas a aceptar e incorporar propuestas de agentes externos que de sus propios empleados. Por ejemplo, factores como la búsqueda de ventajas por las distintas secciones o personas implicadas puede llegar a crear situaciones engorrosas para los gestores.

Sin embargo, existiría un tercer tipo de evaluación que soluciona gran parte de los problemas señalados (King, 2005; Rossi et al, 1999): la **evaluación participativa**. Este tipo de evaluación implica la existencia de un equipo evaluador (externo o mixto) que dirige el proceso y que moviliza y facilita la participación de los agentes internos al programa, generalmente los profesionales, pero cabe destacar el papel de los usuarios y sus familiares en este tipo de procesos. De esta forma, los profesionales están involucrados en la planificación, realización y análisis de la evaluación lo que desemboca en una optimización de los recursos y una mejora sustancial en la calidad de las soluciones. Lo importante es que la evaluación de programas sea realizada por un equipo técnico que disponga de un conocimiento completo del funcionamiento del programa y todos sus componentes, que tenga acceso a los distintos elementos del programa, que sea capaz de conseguir la colaboración de los profesionales implicados, pero que mantenga una independencia de los gestores y principios del programa. Por ello, quizá la evaluación participativa parece la mejor alternativa para garantizar el cumplimiento de estos requisitos y, ha sido el acercamiento elegido por los autores para la evaluación del *Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica* que se presenta en este capítulo.

### 3.2. Identificación de los resultados relevantes y otros criterios a considerar

Además de considerar el propósito de la evaluación, la estructura del programa y sus circunstancias y los recursos disponibles para la evaluación, así como el estado de desarrollo del programa (Rossi et al, 1999), hay que conocer



los objetivos que se persiguen con dicho programa o intervención. Se asume que todo programa tiene un conjunto de objetivos operacionalmente definidos y criterios de éxito claros que justifican y explican su funcionamiento concreto. La existencia de estos objetivos generales y específicos es fundamental para determinar si el programa es efectivo en sus esfuerzos por mejorar los problemas a los que se enfrenta. En caso de que estos objetivos sean demasiado generales habrá que realizar un trabajo de sistematización y operativización de los mismos y de las metas del programa de forma previa al abordaje de la evaluación de resultados.

### 3.3. Definir, evaluar y seleccionar los indicadores adecuados

Tras el examen de los objetivos se llevará a cabo la determinación de los resultados relevantes a partir de lo cual se realizará la definición, evaluación y selección de los indicadores adecuados. Hasta hace poco los resultados considerados en las intervenciones relacionadas con salud mental en general han sido: indicadores de la psicopatología (sintomatología) y utilización de servicios (Thornicroft y Tansella, 1996). Sin embargo, el campo ha evolucionado hasta la consideración de otros dominios como el funcionamiento global, la satisfacción de los usuarios con el programa, la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial, que resultan especialmente interesantes en el ámbito de la rehabilitación psicosocial (Hazaña y Razali, 2002; Mubarak y Barber, 2003; Muñoz et al, 1999; Rush, Pincus, First et al, 2000). Aunque será necesario determinar cuáles son los dominios fundamentales teniendo en cuenta los objetivos de cada programa concreto a continuación se exponen algunos de los considerados más relevantes en la evaluación de resultados en el campo de la rehabilitación psicosocial.

#### 3.3.1. Funcionamiento psicosocial

Cada vez se conoce mejor la relación existente entre la enfermedad mental grave y persistente y los problemas o limitaciones en el funcionamiento psicosocial global (Brekke, Lee y Green, 2005) por lo que actualmente se considera éste como un dominio crítico que debe ser considerado en la evaluación de este tipo de programas o intervenciones (Thornicroft y Tansella, 1996; Vázquez et al, 2000). Este dominio comprende la información referente a las diversas actividades que ejerce un individuo en su vida habitual y el nivel de apoyo y cuidado necesitado, que está muy relacionado con su nivel de funcionamiento. Sin embargo, tras el reconocimiento de la importancia de este dominio es importante señalar que su evaluación es difícil ya que el funcionamiento es un concepto abstracto y, hasta el momento, hay muy poco acuerdo sobre los componentes específicos de este concepto. Por ejemplo, queda pendiente la delimitación del papel que juegan los componentes subjetivos en este tipo de conceptos (Brekke y Long, 2000). Aunque se han realizado avances importantes en el desarrollo de instrumentos de evaluación del funcionamiento social en los últimos años (Birchwood, Smith, Cochrane y Wetton, 1990; OMS, 2002).

#### 3.3.2. Satisfacción

En general hay también un acuerdo importante en considerar la satisfacción de los usuarios con la intervención como una medida apropiada de resultados y calidad (Thornicroft y Tansella, 1996), aunque dice poco sobre los beneficios específicos del programa (Rossi et al, 1999). La evaluación de la satisfacción de los usuarios con el programa, que correlaciona con otros resultados, se ha convertido en un aspecto central en la evaluación de resultados. Como variable independiente la satisfacción puede influir en la eficacia de las intervenciones y en variables como la utilización de los servicios.

En este caso también hay que señalar que aparecen diferentes problemas a la hora de evaluar este dominio. El más importante es el bajo porcentaje de respuesta que se registra cuando se evalúa la satisfacción, lo que está muy influido por la fórmula de evaluación elegida (telefónica, correo, cara a cara) (Thornicroft y Tansella, 1996). Este bajo porcentaje de respuesta puede influir en los resultados obtenidos ya que no hay que olvidar que las personas más satisfechas probablemente son las más dispuestas a proporcionar esta información. Las entrevistas (o aplicación de los cuestionarios) cara a cara tienen una mayor proporción de respuesta si bien se ha apuntado que las respuestas obtenidas de esta forma también alteran en cierta forma los resultados, concretamente con este método aumentan las respuestas positivas frente a otros métodos que garantizan el anonimato del usuario y sus respuestas.

Aún reconociendo estos problemas a considerar a la hora de evaluar este dominio, hay que señalar también que la evaluación de la satisfacción presenta importantes ventajas como son: que se puede aplicar una sola vez (al término del tratamiento), la recogida de datos requiere poco tiempo y además que los datos suelen ser bastante favorables (Ogles et al, 2002), por más que este último punto no deje de plantear problemas metodológicos de compleja solución. Estas características han hecho que a menudo las medidas de resultados utilizadas en los recursos, programas, intervenciones, se reduzcan a un breve cuestionario de satisfacción de los usuarios (Ogles et al, 2002). Sin embargo, es importante no olvidar que esta variable no puede convertirse en ningún caso un sustituto de otras variables, es decir, es una variable necesaria en la evaluación de resultados pero por supuesto no suficiente (Sederer y Dickey, 1996; Davidson, 2005).

En el ámbito de la salud mental también ha existido un cierto interés por la satisfacción de los familiares de las personas con enfermedad mental grave y persistente, lo que ha llevado al desarrollo de instrumentos o versiones específicas para evaluar su satisfacción (López, 1995). A pesar del reconocimiento de la relevancia de la medida, es evidente que la evaluación de la satisfacción de los familiares resulta más complicada por lo que se ha incluido en menor grado como medida de resultados, a pesar de que en algunos casos la intervención va también dirigida a los familiares (Tarrrier et al., 1994) y esto queda reflejado en los objetivos planteados por el programa.

#### 3.3.3. Calidad de vida

La calidad de vida hace referencia al bienestar global de la persona, lo que viene determinado por las condiciones

objetivas de vida y por el grado de bienestar subjetivo con las mismas (Lehman, 1988; Muñoz, Pérez, López y Panadero, 1999). La enfermedad mental grave y persistente tiene un gran impacto en la vida de las personas por lo que el interés de la calidad de vida de las personas con este tipo de enfermedades ha sido una constante en el desarrollo de los programas de atención a este colectivo (Bobes, González, y Bousño, 1995; Hazaña y Razali, 2002) y, de hecho, su mejora supone uno de los objetivos explícitos de estos programas (Sederer y Dickey, 1996). Por tanto, la calidad de vida es una variable relevante en la valoración de programas de intervención psicosocial, en general, y en los dirigidos a la rehabilitación de las personas con enfermedad mental grave y persistente en particular (Lehman, 1988). Si los programas de intervención con este tipo de problemas persiguen aumentar la calidad de vida, será fundamental contar con medidas que informen sobre los logros conseguidos en este sentido. De hecho, algunos autores han llegado a identificar la calidad de vida como la variable más importante para evaluar los resultados de los servicios comunitarios en los pacientes denominados crónicos (Tessler y Goldman, 1982). De esta forma, la evaluación global de la calidad de vida puede ser muy adecuada como medida ya que es un marcador indirecto del estado de salud global, y de adaptación social de la persona, y por lo tanto del impacto de la intervención (Mubarak y Barber, 2003).

A pesar del reconocimiento de la importancia de considerar este aspecto en la evaluación de resultados, esto tampoco resulta sencillo por los importantes problemas relacionados con la evaluación del constructo calidad de vida: confusiones conceptuales, falta de acuerdo sobre las medias utilizadas y sobre los indicadores, falta de evidencia empírica de los modelos, entre otros problemas metodológicos. (Muñoz et al, 1999).

### 3.4. *Desarrollo de los procedimientos de recogida de información y asignación de responsabilidades y tareas*

Las organizaciones o instituciones recogen de forma habitual datos sobre multitud de aspectos muy útiles en diferentes momentos de la evaluación de programas (número de usuarios derivados, usuarios admitidos, sesiones realizadas, etc.) algunos de los cuales proporcionan información válida sobre los resultados de sus intervenciones o programas, como por ejemplo, usuarios que finalizan la intervención, motivos de finalización de dicha intervención o las quejas recibidas, entre otros. Sin embargo, la evaluación de resultados necesita a menudo utilizar fuentes adicionales y desarrollar procedimientos de recogida de datos más específicos (Wholey et al, 2004). Estos pueden incluir diferentes métodos como la observación directa, informes personales o médicos, cuestionarios, entrevistas y cualquier otro procedimiento válido que pudiera resultar relevante. Esto supone un esfuerzo y un coste importante para las organizaciones, los profesionales y todos los agentes sociales implicados. Sin embargo, estas herramientas son a menudo las medidas más adecuadas para determinar la efectividad del programa y la satisfacción de los usuarios. En esta dirección, algunos autores señalan que el

momento de selección de las medidas de resultados es un aspecto crítico en la planificación del proceso de evaluación (Ogles et al, 2002; Rossi et al, 1999).

Para realizar una selección adecuada de los instrumentos deben considerarse diferentes **criterios**. Desde una perspectiva metodológica lo más relevante en una buena medida es un alto grado de validez y fiabilidad. Pero, además, hay que considerar otros elementos en la elección de los instrumentos: el contenido, la fuente, la metodología, el marco temporal, los costos y la utilidad. Muchos instrumentos son costosos o difíciles de aplicar, puntuar o interpretar. Los instrumentos utilizados para la evaluación de los resultados deben ser cortos, fáciles de comprender, de aplicar, de corregir, y de características psicométricas adecuadas. La posibilidad de aplicación en contexto real es clave. Nunca hay que perder de vista las condiciones reales en las que van a aplicarse los instrumentos, por lo tanto habrá que hacer esfuerzos importantes dirigidos a reducir lo más posible la interferencia en el trabajo de los profesionales o a no sobrecargar a los usuarios con la utilización de múltiples instrumentos de evaluación a veces superpuestos o con poca validez incremental, es decir, el uso de más instrumentos añade poca información.

En opinión de algunos autores (eg. Ogles et al, 2002) la utilización de medidas estandarizadas de resultados no es sólo un requerimiento científico sino una obligación ética. Por otra parte, pueden llegarse a considerar necesarios para garantizar la calidad de las conclusiones de la evaluación (Sederer y Dickey, 1996). El uso de este tipo de medidas genera calidad de los datos y aporta solidez al trabajo de los profesionales, que necesitan un soporte de datos objetivos. El uso de instrumentos estandarizados permite agregar los datos y, por tanto, llegar a conclusiones sobre los resultados más allá de un caso particular. Es decir, permite analizar los resultados de un programa o intervención en general y, además, establecer comparaciones entre diferentes programas, tipos de usuarios o cualquier otra variable.

Sin embargo, la utilización de instrumentos estandarizados no garantiza la posibilidad de llevar a cabo este tipo de comparaciones. A menudo se ha utilizado en la evaluación de resultados instrumentos modificados o creados específicamente para una evaluación determinada, lo que provoca una divergencia importante en los criterios de medida. Además, el tipo, el número y la calidad de las medidas utilizadas varían de una forma muy importante lo que dificulta la posibilidad de realizar comparaciones.

Por supuesto, también es posible la utilización de datos cualitativos en este tipo de evaluaciones, aunque la obtención de este tipo de datos habitualmente es más costosa y presentan problemas importantes de replicabilidad en la mayoría de las ocasiones la utilidad de sus conclusiones justifica ampliamente su empleo. Sin embargo, a la hora de seleccionar el tipo de datos o de metodología será importante no olvidar el propósito de la evaluación ya que esta es la que determina las variables y los métodos más convenientes en cada caso.

Además de las decisiones sobre el tipo de instrumentos habrá que tomar decisiones relacionadas con otros aspectos. Habrá que determinar cuáles serán las fuentes de información a partir de las cuales se obtendrán los datos relevantes (Speer, 1998). En el caso de las intervenciones relacionadas con la rehabilitación psicosocial las más habituales son los propios usuarios, sus familiares y los profes-

sionales que les atienden. Siempre sería interesante la utilización de diferentes fuentes que proporcionen diferentes perspectivas del cambio experimentado por el usuario, aunque por supuesto antes de tomar la decisión habrá que considerar algunos aspectos como el costo que esto supone, los recursos disponibles o las posibilidades reales de acceder a las fuentes.

También habrá que decidir sobre la necesidad de utilizar diferentes instrumentos. El cambio esperado por estas intervenciones en particular es multidimensional por lo que puede ser necesaria la utilización de diferentes instrumentos que proporcionen una visión general de los cambios producidos en las diferentes dimensiones y áreas.

Una vez tomadas las diferentes decisiones es importante conocer (y reconocer) las limitaciones (normalmente surgidas de la necesidad de combinar de una forma equilibrada una metodología rigurosa y las posibilidades reales de aplicación) de cada instrumento y de las fuentes seleccionadas ya que habrá que tenerlas en cuenta a la hora de interpretar los resultados y hacerlo constar en los informes (Ogles et al, 2002).

La calidad de los datos es crucial para la credibilidad y utilidad de la evaluación por lo que es muy importante desarrollar procedimientos que garanticen la integridad de los datos (Wholey et al, 2004). Además de tomar decisiones sobre los dominios y los instrumentos a utilizar será importante determinar cuáles serán los procedimientos de recogida de la información: cuándo se recogerán los datos, quién será el encargado de hacerlo, qué usuarios participarán en la evaluación y, en definitiva, todas aquellas variables implicadas. Es decir, desarrollar el diseño de la evaluación.

En algunos casos la evaluación de resultados será una evaluación puntual, lo que no implica que exista un único momento de medida, sino que no tendrá una continuidad en el funcionamiento del programa. Esto suele ocurrir, por ejemplo, cuando el programa o intervención ha sufrido cambios, o es de nueva aparición, y quieren conocerse sus resultados. En otras ocasiones la evaluación de resultados formará parte de ese funcionamiento habitual, es decir, la recogida de datos será rutinaria dentro de los servicios con el objetivo de demostrar la utilidad de los programas o intervenciones y obtener información sobre su calidad y resultados. En este último caso es importante tener en cuenta que añadir la evaluación de resultados a la rutina de un servicio puede parecer caro y consumir mucho tiempo, pero también es importante no olvidar que la información proporcionada por dicha evaluación puede guiar y promover cambios y mejoras de forma continuada dentro de las intervenciones o programas evaluados.

Además de una cuidadosa especificación de las variables de resultados y desarrollo de medida de esas variables, una evaluación de resultados adecuada requiere un diseño cuidadoso (Rossi et al, 1999). Siendo rigurosos, los diseños necesarios para poder adjudicar los cambios ocurridos a la intervención o programa son los diseños experimentales (asignación aleatoria de los usuarios y profesionales a los grupos y uso de grupo control). Sin embargo, estos diseños son prácticamente imposibles de llevar a cabo en un contexto real de desarrollo del programa y, además, presentan problemas éticos importan-

tes. Como alternativa a este tipo de diseños se encuentran los diseños cuasi-experimentales en los que las condiciones de control son menores pero se ajustan más a las posibilidades reales de control de los evaluadores. Los diseños más habituales de este tipo son los que incorporan grupos de comparación no equivalentes o medidas pre y post tratamiento (Rog, 2005). Los más utilizados en la práctica, son aquellos en los que existe un solo tipo de intervención en la que los usuarios son evaluados antes y después de la misma para conocer los cambios producidos durante ese tiempo.

A la hora de tomar decisiones sobre el diseño de la evaluación no hay que perder nunca de vista que ésta debe ser viable, es decir, el diseño debe ser posible de llevar a la práctica aunque no sea un diseño perfecto.

Como ya se ha comentado anteriormente el diseño debe tener en cuenta el funcionamiento habitual del programa y adaptarse a él intentando interferir lo menos posible con dicho funcionamiento. Este aspecto influye de una forma muy importante sobre las posibilidades reales de llevar a cabo la evaluación con éxito. Es fundamental para la viabilidad de la evaluación de resultados contar con la aceptación y la cooperación de los profesionales de los programas, lo que resulta imprescindible para acceder al material, a los informes y, en general, a cualquier tipo de información relacionada con los usuarios.

Tras la selección de instrumentos hay que establecer el **procedimiento para la recogida de datos**. Es difícil desarrollar y mantener una rutina de procedimientos para la recogida de datos sobre resultados. Para lograrlo es fundamental que los procedimientos establecidos sean claros y consistentes, además de lo más breves y sencillos posibles.

Aunque ya se haya señalado anteriormente no hay que olvidar en ningún momento el funcionamiento de los centros, las características de los usuarios y de la atención, los profesionales y todas aquellas variables idiosincrásicas de cada programa.

Una decisión importante es decidir cuándo se evaluará, es decir, en qué momento del proceso de intervención y con qué periodicidad se llevará a cabo la evaluación. Ogles et al (2002) recomienda administrar los instrumentos al principio del proceso de intervención (lo antes posible) para poder identificar el cambio ocurrido durante la misma. Para la evaluación del cambio resulta imprescindible realizar diversas evaluaciones a lo largo del tiempo, por lo tanto otra de las decisiones a tomar será cada cuanto tiempo realizar dicha evaluación. Por supuesto, las evaluaciones repetidas cada poco tiempo proporcionan más información sobre el cambio producido pero supone un aumento del coste y del esfuerzo a realizar por evaluadores y profesionales mucho mayor. Las posibilidades son diversas, entre ellas:

- Utilización de datos retrospectivos.
- Evaluaciones al comienzo y al final de la intervención.
- Evaluación en intervalos predeterminados.
- Evaluación en momentos determinados del año.

La frecuencia de las medidas depende de cuándo se esperan los cambios, la duración del programa y de los recursos disponibles (Fink, 1993).



Para determinar la permanencia del cambio también resulta muy conveniente el seguimiento de los usuarios que ya finalizaron su intervención, aunque esto genera muchos problemas prácticos, principalmente el alto coste que supone y la dificultad para localizar a las personas una vez finalizada la intervención.

Otra de las decisiones importantes a tomar sobre el diseño de la evaluación será determinar quién aplicará los instrumentos. Muy a menudo serán los propios profesionales los que lo harán. Por ello es importante facilitar la participación de los profesionales y usuarios de los programas debido a que, en gran medida, dependen de ellos las posibilidades de llevar a cabo la evaluación y la calidad de la misma, ya que en la mayoría de los casos su colaboración llega a resultar imprescindible. Sin embargo, la evaluación suele estar acompañada en la mayor parte de las ocasiones de importantes resistencias por parte de algunos profesionales (se percibe como una carga mayor de trabajo, la evaluación puede verse como una puesta en duda de su trabajo) (Lyons, Howard, O'Mahoney y Lish, 1997). Por ello, la implicación de los profesionales en el proceso de evaluación (por ejemplo, en la toma de decisiones y el diseño y en la selección de los instrumentos), la explicación de los propósitos y utilidad de la misma, es decir, los procesos participativos, ayudan a conseguir niveles óptimos de calidad.

En este sentido, es muy importante que cada uno de los participantes en la evaluación (usuarios, profesionales, familiares) tenga claro cual es su papel dentro del proceso de evaluación.

### 3.5. *Proporcionar entrenamiento a los profesionales, usuarios y otras personas implicadas*

Como ya se ha comentado anteriormente muy a menudo serán los propios profesionales los encargados de recoger la información. Por ello resulta necesario proporcionar formación e instrucciones precisas, así como, entrenamiento en la administración y puntuación de los instrumentos. En algunos casos también puede resultar necesario formar a usuarios u otras personas implicadas en la evaluación (ej. personal de administración) en función de las tareas asignadas a cada uno y su dificultad.

Es importante recordar de nuevo que estos procesos de evaluación van a suponer un incremento del trabajo de los profesionales de atención y que por ello los procedimientos deben quedar claramente establecidos, deben interferir lo menos posible, los profesionales deben tener un apoyo claro a la realización de sus tareas dentro del proceso (formación y supervisión). Se les debe facilitar todo lo posible su tarea.

### 3.6. *Realización de un estudio piloto y revisión de medidas y procedimiento*

A pesar de la planificación cuidadosa del proceso de evaluación es importante realizar un estudio piloto que

permita detectar cualquier fallo o problema antes de su aplicación definitiva. Esto implica la prueba de los instrumentos y demás procedimientos en un número pequeño de usuarios durante un tiempo muy limitado. Siempre que sea posible, debe probarse el proceso completo.

A partir de los fallos o problemas detectados será necesario realizar las modificaciones necesarias antes de su implementación definitiva.

### 3.7. *Implementación a gran escala y uso, evaluación y modificación si es necesario*

Tras los ajustes realizados en el estudio piloto se llevará a la práctica la evaluación tal y como se ha diseñado. Por supuesto, el proceso de evaluación debe ser lo suficientemente flexible para detectar problemas y realizar las modificaciones necesarias durante su desarrollo.

### 3.8. *Análisis y elaboración de los resultados*

Tras este proceso de desarrollo de la evaluación será también necesaria la codificación y el análisis de los datos recogidos, que permitan determinar la magnitud y la dirección de los cambios producidos en los usuarios del programa o intervención. Los procedimientos de recogida y análisis de los datos también tienen que ser acordados (y probados) de forma previa a la puesta en marcha de la evaluación. El desarrollo de bases de datos que permitan recoger y analizar los datos de una forma sencilla (así cómo la determinación de quién realizará dicho análisis) es también una tarea previa fundamental.

Es importante vigilar las interpretaciones de los datos ya que en ningún momento se deben olvidar las limitaciones del diseño y de los instrumentos.

### 3.9. *Consideraciones finales sobre la evaluación de resultados*

Tras ver el proceso de desarrollo de la evaluación de resultados podrían señalarse varias ideas o aspectos relevantes que deben ser tenidos en cuenta por aquellos que se dispongan a poner en marcha una evaluación de este tipo:

Hay que ser pragmáticos.

La evaluación debe promover y estimular la mejora.

El diseño debe adaptarse a cada programa o intervención.

Hay que implicar a las personas significativas (profesionales, usuarios) en el proceso de evaluación.

En la figura 2 se presenta, a modo de resumen un esquema sobre las decisiones a tomar y las tareas a realizar en cada uno de los pasos de la evaluación de resultados en la rehabilitación psicosocial.



FIGURA 2. Resumen de los pasos de la evaluación de resultados

*Clarificar los propósitos de la evaluación y conocer el programa*

- Determinar qué persigue la evaluación.
- Tomar contacto con el programa (conocer de las características y funcionamiento).
- Determinar los recursos disponibles para la evaluación.
- Determinar la viabilidad de la evaluación.

*Identificar de los resultados relevantes y otros criterios a considerar*

- Conocer los objetivos que persigue el programa (sistematizar y operativizar en caso necesario).
- Definir, evaluar y seleccionar los indicadores adecuados.
- Revisión y selección de los indicadores más relevantes.
- Definición de los indicadores adecuados (en función de los objetivos de programa).
- Desarrollar procedimientos de recogida de información y asignación de responsabilidades.
- Seleccionar los instrumentos para la evaluación de los indicadores (en caso necesario).
- Determinar los procedimientos:
  - Evaluación puntual o rutinaria.
  - Momento de medida.
  - Responsable de la recogida de la información.
- Proporcionar entrenamiento a los profesionales, usuarios y otras personas implicadas.
- Procedimientos claros y sencillos (guías, material de consulta).
- Entrenamiento cuando se requiera.

*Realizar un estudio piloto*

- Prueba de indicadores, instrumentos, procedimientos de recogida de información, etc.

*Implementar a gran escala*

- Implementación.
- Detección de errores o fallos.
- Modificaciones necesarias.

*Analizar y elaborar los resultados*

- Codificar y analizar los datos recogidos.
- Elaborar informes.

#### 4. Una experiencia en evaluación de resultados y ejecución de programas: Proceso de evaluación del Plan de atención social para personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007 de la Comunidad de Madrid

A continuación se expone una experiencia concreta llevada a cabo en nuestro contexto con el objetivo de que ayude a ilustrar lo desarrollado hasta el momento en el presente capítulo. En la Comunidad de Madrid, la Consejería de Familia y Asuntos Sociales ha desarrollado una red de recursos para la atención a personas con enfermedad mental grave y persistente mediante un estilo de atención social fundamentado en la Rehabilitación Psicosocial y el Apoyo a la

Integración Social como eje director de la intervención. Estos recursos comenzaron a desarrollarse a finales de los años 80´ aunque han tenido un impulso muy importante a partir de la aprobación, en el año 2003, del Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007. Este Plan, aprobado el 8 de Mayo de 2003 por el Consejo de Gobierno de la Comunidad de Madrid, a través de de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, contempla la atención social y la integración de los enfermos mentales crónicos y el apoyo a sus familias. Uno de sus principales criterios de organización es la profundización en la coordinación y complementariedad entre el sistema sanitario de salud mental y el sistema de servicios sociales para una adecuada atención integral a las necesidades socio-sanitarias de esta población. En la Comunidad de Madrid toda la red de centros y recursos del Plan de Atención Social que impulsa la Consejería de Familia y Asuntos Sociales trabaja en estrecha coordinación y complementariedad con la red de Servicios de Salud Mental de la Consejería de Sanidad y Consumo, como responsables de la atención psiquiátrica, rehabilitación y seguimiento de los enfermos mentales crónicos y que constituyen el canal de derivación de usuarios a los recursos de atención social dependientes del Plan.

Uno de cuyos principales objetivos es aumentar la red de recursos disponibles y la organización y planificación de la atención a este colectivo y sus familias. En la figura 3 aparecen los recursos que conforman esta red.

El Plan recoge un marcado interés por la evaluación, tanto global como de los recursos y acciones que aparecen contempladas dentro del mismo, y la reconoce como un elemento fundamental para la dirección y organización del Plan. Esta evaluación ha sido desarrollada por un equipo de trabajo de la Universidad Complutense de Madrid dirigido por los autores y siempre en estrecha colaboración con los responsables del Plan y los profesionales de los diferentes recursos. A continuación se describe el trabajo realizado hasta el momento presentado en diferentes fases para su mejor comprensión, aunque en ningún caso deben considerarse fases consecutivas o estancas.

Se planteó la evaluación de diferentes tipos de tal forma que la evaluación fuera lo más completa posible (tal y como se recoge en la figura 4). Así se planteó la necesidad de realizar, en primer lugar, la evaluación de la evaluabilidad del Plan, que se llevó a cabo durante el proceso de elaboración del mismo para identificar y anticipar posibles dificultades que se iban a encontrar a la hora de someter a contraste las distintas medidas o acciones incluidas en el programa y mejorar las posibilidades de evaluación del mismo. También se planteó la necesidad de realizar la evaluación de la implementación, cobertura y funcionamiento del Plan, con el objetivo de investigar si su implementación se llevaba a cabo según lo esperado, más concretamente, si la puesta en marcha de los programas se realizaba en el tiempo y en la forma prevista y ver hasta qué punto llegan los programas a la población a la que van dirigidos.

Por último se incluyó la evaluación de los resultados, que es el objeto concreto de este capítulo, es decir, de los efectos del programa. Este tipo de evaluación mediante objetivos supone, como ya se ha comentado anteriormente, la comprobación empírica de que el programa ha causado los cambios en la dirección deseada y el grado de dichos cambios.

FIGURA 3. Recursos de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica, de la Comunidad de Madrid

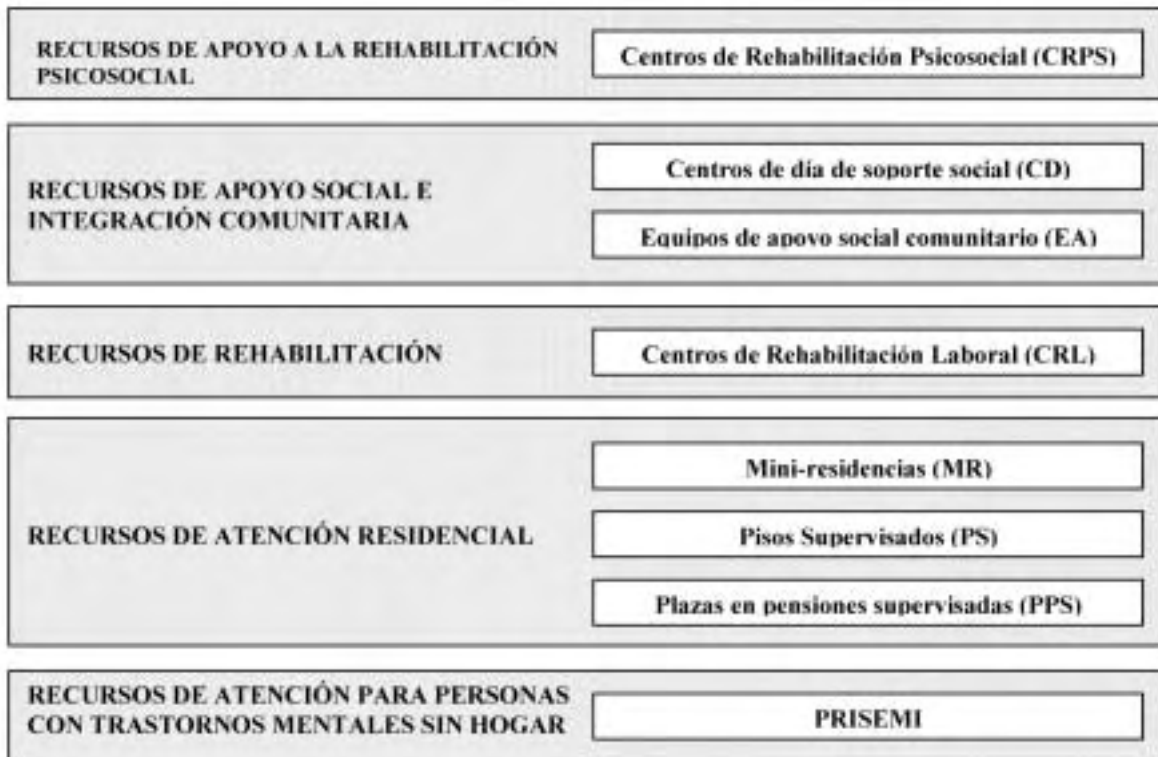
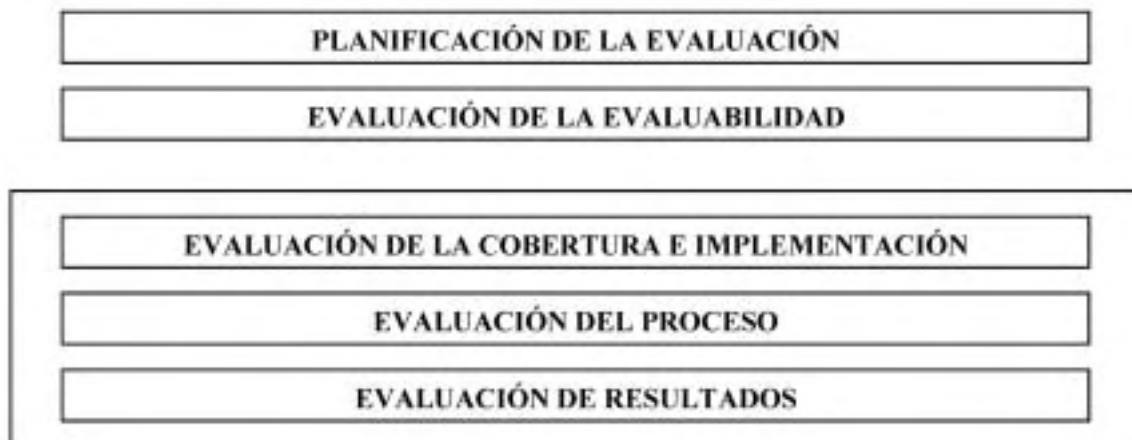


FIGURA 4. Fases del proceso de la evaluación del Plan



#### 4.1. Planificación de la evaluación

Durante el proceso de la elaboración del Plan, se tuvo en cuenta la necesidad de llevar a cabo una evaluación completa y exhaustiva del mismo a lo largo de su desarrollo, que proporcionara información no sólo sobre los logros del mismo sino también sobre otros aspectos como su funcionamiento. Por ello se llevó a cabo de forma simultánea a la elaboración del Plan una propuesta de planificación de la evaluación del mismo durante todo su periodo de vigencia.

A la hora de abordar la evaluación de un Plan como éste se prefirió seguir un enfoque de evaluación amplio que permitiera combinar distintos acercamientos para ofrecer una imagen más completa de su puesta en marcha. De este

modo, la planificación de la evaluación abarca todo el proceso, desde sus inicios, colaborando con los técnicos de la Consejería durante el período de redacción del Plan para asegurar su posterior evaluabilidad. Igualmente, se consideró necesario extender la evaluación a los recursos existentes antes de la aprobación del Plan que, si bien no se verían afectados directamente por el desarrollo del Plan, estaban formalmente incluidos en el mismo.

#### Metodología y diseño de la evaluación

En cuanto a la metodología propuesta para dicha evaluación se optó por emplear el enfoque más amplio y glo-

balizador posible, sin perder de vista el rigor metodológico que garantizase la calidad de los datos obtenidos. En este sentido, no se restringió la evaluación a un único modo o acercamiento, sino que se combinaron estrategias propias de la evaluación de la evaluabilidad, de la implementación y cobertura, del proceso y funcionamiento y de los resultados de las intervenciones. Se combinaron también estrategias cualitativas y cuantitativas con el objetivo de lograr una mejor aprehensión de la realidad social compleja que implicaba la puesta en marcha del Plan. Además, se prefirió implicar a los propios servicios en la evaluación, de forma que puedan combinarse visiones externas e internas y pudiera implicarse a los propios profesionales en la continua labor de transformación de los centros propia de las actividades de evaluación.

Dada la complejidad y variabilidad de los centros y programas y considerando aspectos éticos y metodológicos se decidió organizar la evaluación global sobre diseños específicos para cada ocasión, centro o variable. Es decir, no se propuso un diseño único que evaluase todo el Plan, sino que se sugirió la posibilidad de utilizar diseños ad hoc en cada tipo de evaluación realizada, lo que supone un esfuerzo de adaptación importante tanto para el equipo evaluador, como para los propios recursos. De esta forma, la metodología combina la recogida de datos sistemática y continuada por parte de los centros, la explotación de documentos y la recogida de datos específicos por parte del equipo evaluador en aquellos casos en que se considere conveniente para la elaboración de informes con carácter anual acerca de la situación y evolución del Plan. El funcionamiento central anual se ve reforzado con la elaboración y puesta en marcha de investigaciones evaluativas específicas con diseño propio que permitan profundizar en diversos temas a lo largo del período de vigencia del Plan.

## Principios de actuación

Antes de continuar es importante destacar aquellos principios de actuación que han dirigido tanto la planificación de la evaluación como el proceso en sí, rigiendo en todo momento la actuación del equipo evaluador. Estos principios han sido fundamentalmente:

- Flexibilidad.
- Énfasis en la utilidad práctica de la evaluación.
- Implicación de los «interesados» en el proceso de evaluación.
- Minimizar en lo posible la interferencia en el trabajo de los profesionales.
- Facilitar en lo posible el trabajo de los profesionales.

## Dominios e instrumentos de evaluación

Para la puesta en marcha de una evaluación de este tipo se contemplaron diversos instrumentos y estrategias de evaluación susceptibles de ser utilizadas y combinadas a lo largo del trabajo. Las estrategias o instrumentos de evaluación a utilizar en este proceso de evaluación concretamente son las siguientes:

El primer instrumento básico de evaluación seleccionado fue el *análisis y explotación de los datos incluidos en las distintas memorias* elaboradas por los centros de forma anual.

Las memorias incluyen generalmente información cuantitativa sobre el funcionamiento de los centros (número de usuarios, número y tipo de atenciones, horarios, diagnósticos, etc.), información que tiende a ofrecer unos altos niveles de fiabilidad y validez que hacen de este instrumento una de las fuentes de información más valiosas con las que cuenta el evaluador. Para optimizar la utilidad de la información contenida en las mismas se contempló la posibilidad de dotar al servicio con una serie de indicadores a incluir en las mismas y, si fuera necesario, entrenar a los profesionales de los centros para la correcta observación y recogida de datos. Sin embargo, gran parte de las variables a considerar venían, de hecho, siendo contempladas en muchas de las memorias actuales de los centros y otros indicadores eran derivaciones directas de datos ya incluidos o significaban cambios menores. Desde el principio se decidió extraer y explotar la información incluida en las memorias aunque para lograr sacar el mayor partido a esta información fue necesario trabajar previamente con los contenidos de las mismas.

La realización de las memorias exhaustivas anuales suponía una importante carga para los responsables y profesionales de los centros pero la utilización de esos datos era a menudo muy escasa. Tras la revisión de las memorias de todos los centros se observaron algunos problemas a solucionar antes de poder explotar estas memorias en su totalidad y con unas correctas garantías de calidad de los datos. Los principales aspectos identificados tras esa primera revisión fueron los siguientes:

Existía un importante acuerdo en cuanto a las áreas globales a abordar en las memorias pero no así respecto a los datos concretos a incluir. Por ejemplo, sobre la duración de la fase de evaluación del usuario algunos centros aportaban la información desde la incorporación del usuario hasta el comienzo de la intervención, mientras que otros lo especificaban hasta la junta de evaluación.

Parecía necesario consensuar algunos términos que podían estarse utilizando de diferente manera en las diferentes memorias (por ejemplo, tutoría).

También se hacía necesario acordar las categorías de respuesta para agregar la información (por ejemplo, igualar los intervalos en los que se codificaban los ingresos económicos de los usuarios o la edad de los mismos).

Este trabajo de homogeneización de los datos fue, por tanto, un aspecto muy importante del proceso de evaluación. En este caso en particular, se aprovechó la oportunidad, además, para simplificar los contenidos de las memorias. Para ello el equipo de evaluación elaboró una propuesta de memoria para los diferentes tipos de recursos basada en los propios contenidos de las memorias de los centros. Esas propuestas fueron discutidas en reuniones con los directores de cada tipo de centro y con los responsables de Plan de la Consejería hasta lograr consensuar un guión de memoria en el que se establecían de forma detallada los contenidos mínimos de las memorias (se les podían añadir además otros contenidos que se consideraran interesantes) y se elaboró un pequeño glosario de términos. Partiendo de esto, y con el objetivo de simplificar el trabajo de elaboración de memorias se elaboró un formulario de memoria para cada tipo de recurso.

Además de la explotación de los datos de las memorias también se utilizaron otras estrategias para la obtención de la información relevante para la evaluación. Entre ellos

destacan los *Cuestionarios y entrevistas estructuradas con usuarios, familiares y profesionales*. Los cuestionarios y entrevistas estructuradas constituyen junto al análisis de las memorias los pilares básicos de la recogida de datos cuantitativos de este proceso evaluativo. Este tipo de instrumentos resulta muy útil en la medida de aquellas variables del funcionamiento que afectan a los usuarios, así como en el ámbito de la medida de resultados de las intervenciones. En este campo se dispone de una instrumentación adecuada, válida y fiable que permite medir los cambios con la suficiente calidad. En cualquier caso, la propuesta incluía la necesidad de valorar los instrumentos disponibles, tanto los que se utilizaban en estos momentos en los centros, como

aquellos presentes en la literatura científica, para seleccionar o elaborar una instrumentación básica que pudiera ser aplicada en todos los recursos con un bajo coste en tiempo y recursos humanos y un nivel de información y sensibilidad al cambio adecuado a los intereses de los gestores del Plan.

También se planificó la utilización de *Entrevistas en profundidad*, con el objetivo de completar la información cuantitativa recogida con las técnicas ya mencionadas con el uso de estrategias cualitativas de recogida de información. En este sentido, las entrevistas o cuestionarios estructurados se han complementado con entrevistas en profundidad con informantes clave. Las entrevistas en profundi-

TABLA 1. Ejemplo de planificación de las distintas fases para los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)



dad se han adecuado en cada caso al problema o tipo de situación a tratar y tenían como objetivo principal el identificar las variables de funcionamiento y proceso del Plan, especialmente las relaciones establecidas entre las distintas estructuras implicadas en el Plan. Por último debe señalarse que los informantes clave han sido usuarios, familiares, asociaciones, centros, y, en general, aquellas estructuras o grupos que pudieran aportar o jugar un papel relevante en las medidas evaluadas en cada ocasión.

Para completar la información de las entrevistas a informantes clave se determinó la utilización en algunos casos escogidos de *sesiones o entrevistas de grupo*. Se han empleado este tipo de estrategias en aquellos casos en los que el funcionamiento grupal o la diversidad de opiniones pueden enriquecer el punto de vista particular del informante aislado. Sesiones de grupo con distintos profesionales de un mismo recurso o con, por ejemplo, los directores de los distintos centros pueden ser de gran utilidad a la hora de valorar adecuadamente el funcionamiento, ventajas y obstáculos relacionados con la puesta en marcha del Plan. Esta estrategia se muestra especialmente útil para la valoración del impacto y desarrollo global del Plan a su término.

Finalmente, el Plan establece algunos objetivos que quedan fuera del alcance de las técnicas habituales de medida en este tipo de programas. Se trata de aquellos objetivos que tienen que ver con cambios en la población general o en grupos amplios de la comunidad. Además de los indicadores más próximos como son las quejas, denuncias o apoyos, pueden establecerse indicadores más generales que precisan de estrategias de evaluación distintas. Las encuestas de población general pueden ser un instrumento muy útil para valorar los efectos del Plan en el contexto social más amplio. Se propusieron diferentes métodos como la utilización de encuestas propias (si era posible), o la explotación de datos provenientes de encuestas generales como las de salud pública u otras relacionadas que permitan estimar el impacto del Plan en variables como el estigma, por ejemplo.

Una técnica que se valoró como especialmente útil y adecuada a los propósitos de algunas de las medidas del Plan fue el análisis de significado de diversos medios de comunicación. El análisis de significado es una técnica que ha demostrado su efectividad en la valoración de los mensajes emitidos por los diferentes medios de comunicación y que, con un coste moderado, permite establecer el impacto de algunas campañas en dichos medios y, por ende, en la población general. En el presente caso puede resultar especialmente adecuado si se considera que algunas de las medidas del Plan tienen que ver directamente

con el impacto en los medios de comunicación y en distintas oficinas de información al ciudadano, susceptibles de ser evaluadas por técnicas muy similares que incluyan medias de calidad de la atención.

Como ejemplo de la planificación realizada se incluye la tabla 1, en la cual se recogen algunos indicadores considerados para la evaluación de los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS) en las distintas fases de evaluación (implementación, proceso y resultados), así como su desarrollo temporal y el tipo de medidas empleadas para cada uno de ellos.

## 4.2. Desarrollo de la evaluación

A continuación se describe el trabajo realizado en cada una de las fases de la evaluación del Plan. Aunque el objeto de este capítulo sea la evaluación de resultados se ha preferido dar una visión global que incluya también, aunque brevemente, el resto de las fases de la evaluación. De ninguna forma se trata de fases estancas y consecutivas, si no, que, a excepción de las fases de planificación de la evaluación y evaluación de la evaluabilidad que se realizaron de forma previa a la aprobación del Plan, se realizan de forma simultánea y anual.

### Evaluación de la evaluabilidad

Cuando se emprende la evaluación de un programa social de este tipo, el primer paso a dar tiene que ver con la estimación de la evaluabilidad del mismo, es decir, con las posibilidades para la evaluación del programa. Se trata de anticipar las dificultades y/o facilidades que se van a encontrar a la hora de someter a contraste las distintas medidas o acciones incluidas en el programa. En este caso se permitió al equipo de evaluación incorporarse a la redacción del Plan desde, prácticamente, sus orígenes. Es decir, se contó con la posibilidad de iniciar las actividades de evaluación de la evaluabilidad durante el propio proceso de redacción del Plan. Este hecho facilitó el que la evaluación sirviera como herramienta de optimización de la redacción de los distintos objetivos, estrategias, programas y medidas incluidos en el Plan. El equipo colaboró en la redacción del Plan mediante la lectura crítica de los distintos borradores, sesiones de trabajo con los responsables de la redacción del Plan en la Consejería y propuestas de adaptación o modificación de medidas para facilitar su posterior evaluación a lo largo del período de puesta en

TABLA. 2. Evolución de plazas en centros y recursos del Plan, y grado de cumplimiento de los objetivos previstos

	Mayo 2003	Final 2003	2004	2005	2006	2007
<i>Nº de plazas a final de año</i>	1.269	1.654	2.166	2.568	4.234	Previsión 4.800/4.850 aprox
<i>Incremento respecto al año anterior</i>	-	30%	30%	18%	64%	-
<i>Grado de cumplimiento de los objetivos previstos</i>	-	78,6%	92,4%	87,5%	113%	-

marcha del Plan. Estas sugerencias fueron valoradas e incorporadas, en su caso, por los técnicos de la Consejería a lo largo del proceso de elaboración del Plan.

### Evaluación de la implementación y cobertura

Este momento de la evaluación tiene fundamentalmente tres objetivos. En primer lugar, investigar si el Plan se ha implementado de modo correcto, más concretamente, si los programas se han puesto en marcha en el tiempo y en la forma prevista. En segundo lugar, analizar si existen diferencias entre el funcionamiento real y el previsto. Y por último ver hasta qué punto están llegando los programas a la población a la que van dirigidos.

De forma anual se ha ido comprobado el cumplimiento de la puesta en marcha global del Plan (tabla 2), así como de las diferentes medidas recogidas de forma muy detalla-

da en el mismo (tabla 3). En la tabla 2 se recogen los objetivos generales de creación total de plazas durante el periodo de vigencia del Plan, así como el grado de cumplimiento de dichos objetivos.

La tabla 3 recoge, a modo de ejemplo, el análisis del cumplimiento de algunos de los objetivos establecidos para el año 2005, a partir de la información proporcionada por la Consejería. Como puede verse en la tabla, se consideran tanto los objetivos de crecimiento concretos de cada una de las medidas como el objetivo global (en este caso referido al número total de plazas previstas).

La territorialización (es decir, la distribución adecuada de los recursos en los diferentes distritos y áreas de atención) y la cobertura (es decir, la ratio plazas / habitantes) se hará tan sólo al final del Plan, ya que en el mismo no se establecieron objetivos intermedios en relación a ambos aspectos.

TABLA 3. Cumplimiento de los objetivos del Plan durante 2005 referidos a la primera de las estrategias

## Evaluación del proceso

La evaluación del funcionamiento cotidiano tanto de los recursos nuevos, como de los que ya se encuentran en funcionamiento es imprescindible. El énfasis se pone en el estudio de los procesos de funcionamiento propios de la actividad técnico-profesional desarrollada en cada uno de los programas que integran el Plan. En este caso se ha contado, gracias a los detallados datos incluidos en las memorias, con información muy exhaustiva sobre el funciona-

miento de cada centro, de cada tipo de recurso y del Plan en su totalidad. Algunos de los indicadores del proceso son comunes a todos los recursos (derivaciones recibidas, usuarios atendidos, lista de espera, salidas y entradas producidas durante el año, etc.), mientras que otros son específicos para cada tipo de recurso, en función de las características particulares de cada uno de ellos. En la tabla 4 se ha recogido un resumen de algunos de los indicadores del funcionamiento de los CRPS recogidos en las memorias de los centros de este tipo correspondientes al 2005.

TABLA 4. Resumen de datos del proceso / funcionamiento en los Centros de Rehabilitación Psicosocial durante 2005

## Evaluación de resultados

Teniendo en cuenta las características de la población objetivo de los recursos que se incluyen en el Plan, así como los objetivos de los recursos, se identificaron indicadores comunes para evaluar los resultados de los distintos recursos, por ejemplo, satisfacción, tasa de abandonos y altas, calidad de vida o funcionamiento psicosocial. A estos indicadores se añadieron algunos específicos para cada tipo de recursos, en función de sus objetivos concretos y sus peculiaridades. Algunos de estos indicadores implicaban el uso de instrumentos estandarizados.

En algunos recursos la necesidad de instrumentos estandarizados era muy escasa ya que los indicadores más relevantes no lo requerían. Esto es especialmente evidente en algunos tipos de centros como los Centros de Rehabilitación Laboral. Estos centros tienen como misión preparar a las personas afectadas de enfermedades mentales graves y persistentes que tienen dificultades específicas para su acceso al mundo laboral para su reinserción laboral y apoyarles en la búsqueda y mantenimiento de un puesto de trabajo en el mercado laboral. Pero incluso en estos centros se hacía necesaria la utilización de instrumentos estandarizados para la evaluación de alguno de los dominios (satisfacción de los usuarios). La tabla 5, incluye los algunos de los indicadores considerados en las memorias que hacen referencia a los resultados en estos centros.

Sin embargo, en otros recursos estos indicadores, podríamos decir que más concretos o directos, son más escasos, debido a que sus objetivos hacen referencia a conceptos menos específicos, por ejemplo, mejorar la calidad de vida, desarrollar autonomía personal y social, apoyar procesos globales de integración social u ofrecer soporte social, de los que es más difícil recoger datos directos. Por ello, fue necesario plantearse la necesidad de introducir algunas medidas que aportaran información complementaria sobre algunos indicadores de resultados, para lo cual se decidió utilizar una batería de instrumentos estandarizados de evaluación que fuesen aplicados por los propios profesionales de los centros.

Se valoró la posibilidad de hacer un estudio de investigación específico sobre los resultados obtenidos por estos

centros, lo que aportaría una mayor calidad y garantía científica pero se descartó porque se pensó que sería más interesante que no fuese algo limitado en el tiempo y realizado exclusivamente de forma externa, sino que el interés por los resultados se debía instalar en la dinámica de los propios centros, aunque tuviese que ser un trabajo apoyado y supervisado de forma externa, por el equipo evaluador, para que la carga de trabajo sobre los profesionales no fuese excesiva.

El proceso para el incremento de la información sobre los resultados de los diferentes recursos fue el siguiente:

En primer lugar, se llevó a cabo una exhaustiva revisión de los dominios más utilizados en los trabajos de evaluación de este tipo de recursos. Tras la revisión exhaustiva de los dominios más considerados en este tipo de evaluaciones, se seleccionaron los que se pensaron que eran más relevantes en este tipo de recursos en relación con los objetivos de los mismos. Los dominios propuestos fueron: *Calidad de vida y funcionamiento psicosocial*, además de mantener la evaluación de la *satisfacción* de los usuarios con el recurso (que ya era evaluada en algunos recursos), aunque adaptándolo a las necesidades de cada tipo de recurso.

Tras seleccionar estos dominios, se buscaron instrumentos para su evaluación. Los criterios utilizados para buscar y seleccionar dichos instrumentos fueron principalmente:

- Utilización previa en estudios de evaluación de resultados de programas dirigidos a este colectivo.
- Criterios psicométricos adecuados.
- Brevedad.
- Facilidad de aplicación.
- Versión en castellano.

La propuesta de instrumentos de evaluación de los dominios seleccionados fue la recogida en la tabla 6.

Se elaboró una propuesta de dominios e instrumentos que fue presentada y discutida con los responsables del Plan y los directores de los centros (en representación de los profesionales ya que se hacía imposible incluir en el proceso a todos los profesionales de los centros). Éstos últimos señalaron algunos problemas del SLDS para la evaluación de la calidad de vida. Sin embargo, no se encontró

TABLA 5. Ejemplos de indicadores de resultados incluidos en las memorias de los Centros de Rehabilitación Laboral

Formación	Datos del 2005	
	n	%
Personas que acceden a cursos de formación ocupacional durante el año	116	22%
Personas que acceden a cursos de formación reglada durante el año	47	10%
Empleo	n	%
Usuarios con actividad laboral durante el año	251	50%
Empleos por tipo de empresa		
Empresa ordinaria	299	80%
Empresa protegida	70	20%
Empleos en empresas privadas y en el ámbito público		
Empresas privadas	318	90%
Empresas públicas	33	
Porcentaje de empleos por tipo de contrato sobre el total de empleos		
Indefinido	79	20%
Temporal	257	70%



TABLA 6. Dominios e instrumentos propuestos

Dominios	Instrumentos
Calidad de vida	Satisfaction with life Domains Scale - SLDS (Baker e Intagliata, 1982).
Funcionamiento	Global Assessment of Functioning - EEFG (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002). WHO Short Disability Assessment Schedule - WHO DAS-I (Organización Mundial de la Salud, 2000)
Satisfacción de los usuarios	Cuestionario de Satisfacción Global (López, 1994)

otro instrumento que se ajustase mejor a las demandas de los profesionales por lo que se decidió realizar un nuevo instrumento de evaluación partiendo de éste y respetando su esquema de formulación de preguntas y su escala de respuestas, que sí fueron considerados adecuados. Por lo tanto, sobre el SLDS se realizaron diferentes modificaciones a partir de la opinión de los profesionales de los centros:

Se eliminaron algunas preguntas por considerarse repetitivas o de difícil comprensión.

Se añadieron preguntas sobre áreas nuevas o que ampliaran la información recogida sobre áreas que ya aparecían en el SLDS, siguiendo el esquema general de las preguntas de esta escala (por ejemplo, se decidió incluir la satisfacción con la vida sexual y ampliar preguntas nuevas que ampliaran la información sobre salud).

Además se realizaron algunas pequeñas modificaciones en algunas preguntas con el objetivo de mejorar la comprensión de las mismas.

También consideraron necesario adaptar el instrumento de satisfacción, elaborado específicamente para un tipo de centro (Centros de Rehabilitación Psicosocial), al resto de tipo de centros realizando para ello pequeñas modificaciones.

Tras las modificaciones se elaboró un borrador que fue aplicado en un estudio piloto que fue llevado a cabo en un recurso de cada tipo para identificar posibles problemas en su aplicación.

Los resultados del estudio piloto indicaron la necesidad de realizar algunos pequeños ajustes en los instrumentos.

A continuación se determinó el procedimiento para la aplicación de dichos instrumentos. Concretamente se acordó que estos instrumentos se aplicarían de la siguiente manera:

- Cuestionario de calidad de vida e instrumentos de evaluación del funcionamiento: Se aplicarán en el momento de incorporación de la persona al centro, en el momento de la finalización de la intervención y a final de año a todos aquellos usuarios que se encuentren en atención en el centro.
- Cuestionario de satisfacción de los usuarios: Se aplicará en el momento en que el usuario finalice su intervención en el centro y de forma sistemática a final de año a todos aquellos usuarios que se encuentren en atención en el centro.

Se distribuyó la versión definitiva de los instrumentos y del procedimiento de aplicación a todos aquellos centros, así como las bases de datos diseñadas para la codificación de la información de los instrumentos.

Tras este proceso comenzó la aplicación sistemática en los centros a finales de 2005.

Actualmente se encuentran en fase de análisis los datos obtenidos a finales del año 2005, en el cual se aplicó el cuestionario de calidad de vida a aproximadamente 900 personas y los instrumentos de evaluación de funcionamiento (EEFG y DAS-I) a más de 1000.

Tras comenzar la aplicación masiva en los centros aparecieron algunos pequeños problemas, que se solucionaron mediante la elaboración de una pequeña guía con algunas indicaciones sobre la aplicación de estos instrumentos y algunos ejemplos.

#### 4.3. Líneas específicas de investigación

Durante la planificación de la evaluación se acordó la necesidad de incluir en la propuesta de evaluación una serie de temas o directrices que pudieran guiar la evaluación de forma más específica durante el período de implantación del Plan. Para cubrir este objetivo el diseño de evaluación incluyó, junto a las actuaciones rutinarias propias de la evaluación que ya se han expuesto, la posibilidad de llevar a cabo acciones anuales de investigación específicas que permitan avanzar en el desarrollo del conocimiento propio del campo de la Rehabilitación Psicosocial y la Atención Social Comunitaria y, especialmente, desde el punto de vista de la evaluación de programas.

Para definir las líneas principales de investigación a incluir se tuvieron en cuenta distintos aspectos. Por un lado, el equipo de evaluación llevó a cabo una revisión técnica del estado actual del ámbito de la enfermedad mental grave y prolongada y de la Rehabilitación Psicosocial y Atención Social con sus distintas vertientes. Por otro, se realizó un pequeño proceso de consulta con los técnicos y profesionales de los centros incluidos en la red para tratar de identificar las necesidades de investigación específicas de los centros madrileños. Fruto de la convergencia de ambos acercamientos se seleccionaron los temas o líneas de investigación de carácter anual, que se han ido modificando y completando durante la evaluación. Hasta el momento se han realizado las siguientes:

- Elaboración de una carpeta de instrumentos útiles en la evaluación de personas con enfermedad mental grave y persistente y puesta en red de los instrumentos elegidos y las respectivas fichas técnicas.
- Evaluación de las necesidades de usuarios y familias de centros de atención psicosocial.
- Estudio sobre el estigma que afecta a las personas con enfermedad mental grave y persistente a través del

estudio de medios de comunicación, población general, profesionales de los centros, personas con enfermedad mental y familiares.

- Adaptación de instrumentos a las características especiales de estos centros.

## Consideraciones finales

Para terminar este capítulo se presentan algunas reflexiones finales sobre el trabajo de evaluación que se ha presentado previamente. Se ha expuesto un ejemplo práctico de evaluación en programas específicos de rehabilitación psicosocial y atención social que, en este momento, se continúa realizando en la Comunidad de Madrid, lo que demuestra el interés por parte de administraciones, instituciones u organizaciones en que este tipo de evaluaciones de resultados o de la ejecución, como es el caso actual, se puedan llevar a cabo.

Además, este trabajo muestra la posibilidad de que estas evaluaciones se desarrollen desde un momento muy temprano de la planificación de programas o intervenciones (en este caso un Plan, lo que supone una mayor complejidad) maximizando así su utilidad y aumentando las posibilidades de poder llevar a cabo la evaluación de una forma adecuada (evaluabilidad).

Para la realización de una evaluación de este tipo resulta fundamental contar con la buena disposición y la colaboración de los profesionales, de tal forma que la evaluación de resultados se pueda convertir en parte de la rutina habitual de los programas y, por tanto, en herramienta para la toma de decisiones sobre el funcionamiento de los mismos. No puede olvidarse que la utilidad práctica de las evaluaciones de resultados (y de programas en general) es el objetivo principal de las mismas y que estas evaluaciones resultan útiles en diferentes momentos o aspectos del desarrollo de los programas o intervenciones: durante la planificación, para la homogeneización o la comparación entre intervenciones o para la toma de decisiones sobre los posibles cambios a considerar.

El trabajo sigue desarrollándose y el objetivo en un futuro próximo es contar con datos de seguimiento de los usuarios de los programas que permitan obtener algunas pistas sobre su evolución en diferentes aspectos, así como conocer las tendencias seguidas por los diferentes tipos de recursos a lo largo del tiempo. De forma que en los próximos años se pueda observar una mejora continua en la calidad de los procesos de atención social a las personas con enfermedad mental grave y persistente de Madrid, objetivo final de nuestro trabajo.

## Bibliografía

1. AEN (2002) *Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Madrid: Cuadernos técnicos n.º 6. Asociación española de Neuropsiquiatría.
2. Aguilar, M.J. y Ander-Egg, E. (1992). *Evaluación de servicios y programas sociales*. Madrid: Siglo XXI.
3. Alvira, F. (1999). *Metodología de la evaluación de programas: un enfoque práctico*. Madrid: Colección política, servicios y trabajo social.
4. American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR*. Washington: APA.
5. American Psychologists Association/CAPP Task Force on serious mental illness and severe emotional disturbance (2005) Training Grid outlining best Practices for recovery and Improved Outcomes for people with Serious Mental Illness. Washington: APA ([www.apa.org/practice/grid.html](http://www.apa.org/practice/grid.html), mayo 2005)
6. Arns, P.; Rogers, E.S.; Cook, J.; Mowbray, C.; IAPRS Research Committee (International Association of Psychological Rehabilitation Services) (2001) The IAPRS toolkit: development, utility, and relation to other performance measurement systems. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25: 43-52.
7. Baker, F. e Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and program planning*, 5, 69-79.
8. Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., y Wetton, S. (1990). The Social Functioning Scale: The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 157, 853-859.
9. Bobes, J., González, M.P. y Bousño, M. (1995). *Calidad de vida en las esquizofrenias*. Barcelona: J.R. Prous.
10. Brekke, J.S. y Long, J.D. (2000) Community-based psychosocial rehabilitation and prospective change in functional, clinical, and subjective experience variables in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26: 667-680.
11. Brekke, J.; Kay, D.; Lee, K. y Green, M.F. (2005) Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 80: 213-225
12. Cañameres, J.M.; Castejón, M.A.; Florit, A.; González, J.; Hernández, J.A. y Rodríguez, A. (2001) *Esquizofrenia*. Madrid: Síntesis.
13. Cohen, E. y Franco, R. (1993). *Evaluación de Proyectos sociales*. México: Siglo XXI.
14. Consejería de Servicios Sociales (2003) *Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica*. Madrid: Comunidad de Madrid.
15. Davidson, J. (2005). Consumer satisfaction. En, S. Mathison (Ed). *Enciclopedia of Evaluation*. California: SAGE.
16. Durante, P. y Noya, B. (2000) *Terapia Ocupacional en salud mental: 23 casos clínicos comentados*. Barcelona: Masson.
17. Fernández-Ballesteros, R (Ed) (1996). *Evaluación de programas: una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis.
18. Ferre, F. y Palanca, I. (2005) Mental health in Madrid. *European Psychiatry*, 20: S279-S284.
19. Fink, A. (1993). *Evaluation Fundamentals. Guiding health programs, research, and policy*. London: SAGE.
20. González, J. y Rodríguez, A. (coords) (2002). *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. Madrid: Consejería de Servicios Sociales.
21. Greenberg, G.A. y Rosenheck, R.A. (2006) Trends in the professional mix and cost of outpatient mental health care. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 9: 133-136
22. Harvey, C. y Fielding, J.M. (2003) The configuration of mental health services to facilitate care for people with schizophrenia. *The Medical Journal of Australia*, 178: S49-S52.
23. Hasanah, C.I. y Razali, M.S. (2002) Quality of life: an assessment of the state of psychosocial rehabilitation of patients with schizophrenia in the community. *Journal of the Royal Society of Health*, 122: 251-255.
24. King, J.A. (2005). Participatory evaluation. En, S. Mathison (Ed). *Enciclopedia of Evaluation*. California: SAGE.
25. Kushner, S. (2005). Program evaluation. En, S. Mathison (Ed). *Enciclopedia of Evaluation*. California: SAGE.
26. Lehman, A.F. (1988). A Quality research of Life Interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and program planning*, 11, 51-62.
27. Liberman, R. P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca.
28. López, A. (1995) *Evaluación de programas de rehabilitación psicosocial: calidad de vida y satisfacción*. Málaga: Universidad de Málaga (Tesis doctoral)
29. López, A., Muñoz, M. y Pérez E. (1997). Evaluación de programas y servicios en rehabilitación psicosocial. En A. Rodríguez (coord). *Rehabilitación psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Pirámide.

30. Mubarak, A.R. y Barber, J.G. (2003) Emotional expressiveness and the quality of life of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(7): 380-384.
31. Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Madrid: Síntesis.
32. Muñoz, M., Pérez Santos, E., López, A. y Panadero, S. (1999): Apuntes para la medida de la calidad de vida en la rehabilitación psicosocial de enfermos mentales crónicos. *Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*, 10-11, 20-26.
33. Muñoz, M., Vázquez, C., Muñiz, E., López-Luengo, B., Hernangómez, L y Díez, M. (1999). Evaluación de resultados en la esquizofrenia: Un ejemplo de aplicación en la Comunidad Autónoma de Madrid. *Intervención psicosocial*, 8, 1, 73-87.
34. Ogles, B.M., Lambert, M. y Fields, S. (2002). *Essentials of outcomes assessment*. New York: Wiley.
35. Organización Mundial de la Salud (2000). CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento: Versión multiaxial para adultos. Madrid: Meditor, D.L.
36. Organización Mundial de la Salud (2002). DAS-II. Ginebra: OMS
37. Pérez-Llantada, M.C. y López de la Llave, A. (1999). *Evaluación de programas de salud y servicios sociales: metodología y ejemplos*. Madrid: Dykinson.
38. Rog, D.J. (2005). *Evaluation design*. En, S. Mathison (Ed). *Enciclopedia of Evaluation*. California: SAGE.
39. Rossi, P., Freeman, H.E. y Lipsey, M. (1999). *Evaluation. A systematic approach*. London : SAGE.
40. Rush, A.J., Pincus, H.A., First, M.B., Blancker, D., Endicott, J., Keith, S.J., Philips, K.A., Ryan, N.D., Smith, G.R., Tsuang, M.t. y Widiger, T.A. (2000). *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington: APA.
41. Scriven, M. (2003) Evaluation: Programme evaluation. En R. Fernández Ballesteros (Ed.) *Encyclopedia of Psychological Assessment*. Londres: Sage.
42. Sederer, L. y Dickey, B. (1996). *Outcomes assessment in clinical practice*. Baltimore: Williams and Wikins.
43. Speer, D.C. (1998). *Mental health outcome evaluation*. San Diego, CA: Academia Press.
44. Terrier et al. (1994) The Salford Family Intervention project: relapse rates of schizophrenia al five and eight years. *British Journal of Psychiatry*, 165: 829-832.
45. Thornicroft, G. y Tansella, M. (1996). *Mental health outcomes measures*. New York: Spinger.
46. Vázquez, C., Muñoz, M., Muñiz, E., López-Luengo, B., Hernangómez, L y Díez, M. (2000). La evaluación de resultados en el tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales crónicos. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 20, 74, 207-228.
47. Vedung, E. (1996) Public policy and program evaluation. New Jersey: Transaction Publishers.
48. Wholey, J.S., Hatry, H.P. y Newcomer, K.E. (2004). *Handbook of practical program evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.
49. Worthen, B.R., Sanders, J.R., y Fitzpatrick, J.L. (1997). *Program evaluation. Alternative approaches and practical guidelines*. Addison Wesley Longman.

# Capítulo 20. El Estado de la Evaluación en Rehabilitación Psicosocial en España. Primeras Aproximaciones

Ananías Pastor Martínez, M.<sup>a</sup> Luz Pradana Carrión, Olga Carrasco Ramírez y Liana Veihl Blanco

## Introducción

A finales de la década de los setenta y principios de los años ochenta, se produjo un movimiento importante de cambio en la forma de entender la salud en general y, muy especialmente, la enfermedad mental, que dio origen a una nueva forma de atención a las personas que padecen trastornos mentales.

El proceso de desinstitucionalización de un gran número de pacientes hospitalizados caminó de la mano con la creación de recursos específicos de rehabilitación. Con la implantación de estas alternativas asistenciales, los pacientes podían complementar el tratamiento fundamentalmente farmacológico, que hasta ese momento estaban recibiendo, con intervenciones psicológicas y psicosociales. Se buscaba no sólo la estabilización de síntomas, sino dotar a los pacientes de recursos de afrontamiento suficientes que les permitieran vivir con aceptable calidad de vida en su entorno natural. Si bien es cierto que el desarrollo desde el primer momento fue muy desigual en cada una de las Comunidades Autónomas, la apertura de nuevos recursos en la red de salud mental y la implantación de programas globales de rehabilitación ha sido una realidad que ha ido creciendo y consolidándose en los últimos años.

Una de las principales características de este tipo de recursos es que se enmarcan dentro de un modelo de atención comunitaria para la población de personas con enfermedades mentales crónicas y responden a los principios y filosofía de atención en rehabilitación, que subyace al desarrollo y la organización de los propios recursos.

Los trastornos mentales graves se conciben como procesos multicausados y multifactoriales, donde las variables objeto de análisis son al mismo tiempo objeto de intervención en rehabilitación. En este contexto, la evaluación funcional se considera como un proceso fundamental y necesario en el conjunto de acciones que comprende la rehabilitación psicosocial. Supone una herramienta fundamental en la organización de los servicios. Facilita no sólo el diseño del plan de intervención, sino el seguimiento y la evolución de cada caso, evitando que la atención se convierta en algo estable, inflexible o invariable.

La evaluación, así mismo, nos permite ofrecer a cada paciente el tratamiento más apropiado según su situación actual, teniendo en cuenta la evidencia disponible acerca de los tratamientos y programas de intervención que se han demostrado útiles en la práctica diaria.

La individualización como principio que orienta la práctica en rehabilitación supone tener en cuenta la multiplicidad de condiciones de cada paciente, necesidades y

déficits, habilidades y capacidades. Para dar respuesta al conjunto de necesidades individuales de cada paciente es preciso llevar a cabo una evaluación que recoja la información acerca de las características y habilidades del paciente en las diferentes áreas de funcionamiento personal, social y laboral; así como las demandas, objetivos y expectativas que presenta teniendo en cuenta las exigencias y demandas del medio. Se hace necesario conocer con precisión el nivel actual y pasado de habilidades y déficits que presenta el individuo, y cuantos datos resulten relevantes, de modo que se facilite el diseño del plan individualizado de rehabilitación, que pretende maximizar las oportunidades futuras de adaptación del individuo al medio.

Existen multitud de instrumentos al servicio de la evaluación del funcionamiento psicosocial del individuo. Tradicionalmente los diferentes profesionales dedicados a la rehabilitación han empleado técnicas e instrumentos desarrollados en el marco de su propio enfoque teórico. Las ideologías y actitudes que defienden determinan, en ocasiones, la práctica en rehabilitación, los procesos asociados y, por tanto, el empleo de estrategias de evaluación diferentes.

Hoy por hoy contamos con herramientas específicas para su empleo en la evaluación en rehabilitación que todo profesional que se dedique al trabajo rehabilitador debe conocer y ser capaz de utilizar. Partimos del supuesto de que existen determinadas técnicas de evaluación que han reunido una cierta evidencia respecto a su calidad y utilidad para la práctica diaria en rehabilitación.

Ante esta complejidad y diversidad de instrumentos se plantea el diseño de un estudio descriptivo que permita llegar a un consenso sobre cuáles de los instrumentos de evaluación, además de contar con garantías técnicas suficientes, resultan más útiles al profesional y al servicio para la práctica de su trabajo diario.

## Justificación

Como cualquier tratamiento en salud mental, el proceso de rehabilitación se inicia siempre con la evaluación: un conjunto de actuaciones encaminadas a obtener datos que nos ayuden a formular el caso y plantear intervenciones posteriores. Tiene como finalidad obtener el máximo de conocimientos necesarios para la planificación de un proyecto personalizado de rehabilitación y su aplicación. A través de la evaluación se obtendrá información relevante sobre la situación clínica del paciente, su funcionamiento psicosocial y el entorno en el que vive. Se identificarán y



describirán de la forma más objetiva posible los déficits conductuales y comportamientos desajustados del paciente, los recursos y capacidades conservadas que mantiene, los apoyos sociales, afectivos o económicos con los que cuenta, así como el medio en el que se desenvuelve y la relación entre éste y el paciente. Parafraseando a Liberman (1998)<sup>1</sup>, la evaluación en rehabilitación se plantea como una estrategia necesaria para la identificación de los excesos, déficits y logros conductuales que facilitan o perjudican el desarrollo de las funciones sociales y laborales, teniendo en cuenta el propio medio en el que se mueve el individuo y las interacciones entre ambos.

Una evaluación global y multifactorial permitirá formular hipótesis y confeccionar un plan individualizado de intervención guiado por objetivos. Durante la ejecución del plan de rehabilitación, la evaluación será también una actividad esencial para monitorizar los progresos, introducir medidas de mejora y valorar los resultados finales de rehabilitación que orienten sobre el momento del alta del paciente.

El profesional obtiene la información a través de varias fuentes: los datos facilitados por otros profesionales a través de informes o protocolos de derivación; la información proporcionada directamente por los pacientes a través de las entrevistas y otros instrumentos de evaluación; la facilitada por los familiares y amigos; o la obtenida a través de la observación al propio paciente en el centro asistencial o en el medio donde reside.

Una evaluación multidimensional exige del clínico la combinación de varios métodos de evaluación: la entrevista conductual, la observación conductual y el empleo de instrumentos de evaluación (escalas, cuestionarios, inventarios, registros de autoevaluación, etc). A través de la entrevista estructurada el terapeuta puede explorar los aspectos del comportamiento del paciente que le resulten más relevantes, como el funcionamiento premórbido, la historia clínica, el funcionamiento psicosocial, los soportes con los que cuenta; y hacer una descripción del entorno social y afectivo en el que vive. La entrevista, tanto del paciente como de la familia, permite relacionar los datos personales del individuo con el medio en el que éste se desenvuelve y hacer un análisis de las contingencias posibles. Se convierte, sin duda alguna, en un método imprescindible para la evaluación funcional. La observación conductual, además de aportarnos descripciones detalladas del repertorio conductual del paciente, sirve para verificar en entornos naturales o a través de ensayos conductuales los datos que hemos recabado mediante otros métodos de evaluación. La recogida de información se complementa a través de la utilización de instrumentos de evaluación, que tienen la particularidad de poder adaptarse a las características específicas de los pacientes y al momento de la evaluación. Ayudan al clínico a ordenar la información de forma estructurada y a cuantificar esa información permitiéndole hacer comparaciones sobre medidas de resultados. Servirán para graduar el nivel de deterioro de las áreas de funcionamiento afectadas e ir valorando el alcance de la intervención.

Existe un consenso amplio en admitir que el plan individualizado de rehabilitación se constituye como la herramienta esencial e indispensable para abordar cualquier proceso de rehabilitación que se quiera poner en marcha. Sin embargo, no parece existir evidencia científica que

acredite que unos instrumentos sean significativamente mejores que otros como herramientas de evaluación, y tampoco parece que los profesionales se pongan de acuerdo en utilizar una batería única. La realidad hace sospechar que a pesar de que cada centro atiende a una población de pacientes de características similares donde se plantean objetivos parecidos, cada uno sigue criterios diferentes para elegir las herramientas de evaluación.

Wallace (1985)<sup>2</sup>, hace una revisión de los instrumentos de evaluación del funcionamiento y sintomatología clínica que más fueron utilizados en los trabajos de investigación realizados con pacientes psiquiátricos en las décadas de los años setenta y ochenta, y que fueron claves en el desarrollo e implantación del tratamiento de rehabilitación. El autor presenta con suficiente detalle el contenido, formato y características psicométricas de los instrumentos así como las ventajas y desventajas para su utilización. Ante la falta de consenso entre los profesionales en la consideración de resistencia al tratamiento de pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia, Brenner y col. (1990)<sup>3</sup>, en un intento de consensuar el concepto de refractariedad, proponen una serie de instrumentos que pueden ayudar al clínico a establecer el grado de resistencia al tratamiento y el nivel de intervención que precisa cada paciente. Boves J. y col. (2004)<sup>4</sup>, recogen un número importante de instrumentos, fundamentalmente escalas, que se utilizan en la práctica clínica y en la investigación de los trastornos mentales.

Muñoz y col (2002)<sup>5</sup> hacen una recopilación sobre diversos instrumentos que se utilizan para la evaluación de los principales trastornos de salud mental. Muñoz y col (1999)<sup>6</sup> hacen referencia a aquéllos que consideran más indicados para la evaluación de resultados en los servicios de rehabilitación.

Los instrumentos pueden agruparse atendiendo a una serie de variables. Si se tiene en cuenta el tipo de información que recogen, nos encontramos con instrumentos que evalúan el funcionamiento psicosocial, la sintomatología clínica, la calidad de vida, la satisfacción subjetiva, el soporte social o la satisfacción de los servicios. Si se atiende a la procedencia de la información, unos recogen información aportada por el equipo, otros por la familia y personas próximas, los hay que nos ayudan a recoger datos obtenidos mediante la observación directa, y los que son autoaplicados. La mayoría de las escalas son rellenas por el equipo a partir de información relevante recogida desde el conjunto de las fuentes de información. Si el criterio es la especificidad de la información obtenida, unos aportan apreciaciones globales sobre el funcionamiento y la conducta general del paciente; otros, en un nivel más molecular, recogen datos de áreas específicas del funcionamiento y soportes a su alcance.

Esta diversidad permite al evaluador seleccionar aquéllos que son más indicados para sus propósitos. Unos pueden ser más apropiados para la obtención de medida de resultados y otros lo serán para utilizarlos en la práctica clínica diaria, es decir, para el diseño del plan individualizado de rehabilitación, aplicación y el seguimiento del mismo.

La optimización de los recursos empleados en la evaluación exige que los profesionales seleccionen aquellos métodos y herramientas que se adapten mejor a las necesidades posteriores del proceso de rehabilitación. Esos instrumentos, además de servir para obtener el máximo de informa-

ción relevante, deberían ser útiles para la práctica cotidiana del trabajo de rehabilitación. Newman y Carpenter (1997)<sup>7</sup>, facilitan unas guías que pueden ayudar al profesional en la selección de instrumentos psicológicos útiles para la valoración de los resultados del tratamiento: que sean sencillos y fáciles de emplear por el equipo multidisciplinario, que utilicen referentes objetivos, que tengan la posibilidad de ser utilizados por varios informadores, que faciliten la evaluación del proceso de cambio.

## Objetivo

El estudio que se presenta a continuación tiene como objetivo hacer un análisis descriptivo de los instrumentos empleados en la práctica diaria para la evaluación en rehabilitación en el territorio nacional. Así mismo, se pretende conocer cuál es la valoración de los profesionales acerca de estos instrumentos, cuáles de ellos pueden mostrarse más útiles para los servicios específicos de rehabilitación, en qué medida pueden servir de soporte para el diseño del plan individualizado de rehabilitación, su aplicación y evaluación de resultados, y hasta qué punto facilitan la homogeneización de algunos procesos en los centros y/o unidades de rehabilitación.

## Método

### Medidas

La recogida de datos sobre los instrumentos de evaluación utilizados se organizó a través de una encuesta que debía rellenar cada centro (ver anexo 1). Además de los datos sobre la identificación del servicio, el profesional debía describir los métodos de evaluación e instrumentos de medida que utilizaba en su servicio, anotando algunas características de interés: el tiempo que se viene utilizando el instrumento en el centro, duración aproximada de la aplicación, el momento de su aplicación (si es antes del tratamiento, durante y/o después), y si se trata de un instrumento de elaboración propia o está publicado y estandarizado.

La valoración que los profesionales del centro hacen sobre los instrumentos que utilizaban se recogió a través de dos fichas (ver anexo 2). En una de ellas se pedía que reflejaran su impresión sobre la capacidad que podía tener el instrumento para recoger la información relevante del paciente y su entorno (Ficha-1); en la otra se solicitaba su opinión sobre un conjunto de dimensiones relacionadas con la utilidad y pragmatismo de ese instrumento (Ficha-2). Se tuvieron en cuenta los aspectos que se consideran más relevantes para la realización de una evaluación funcional con la población atendida en los dispositivos específicos de rehabilitación, fundamentalmente la psicosis y otros trastornos que cursan con deterioro en el funcionamiento de la persona, y como paradigma la Esquizofrenia. Aunque el funcionamiento de cada paciente es global y es único, con vistas a una mayor operatividad, se ha dividido en varias áreas el conjunto de aspectos que se considera que debían ser tenidos en cuenta. La ficha-1 recoge quince de esas áreas: unas relacionadas con características fundamentalmente clínicas (las tres primeras); otras con diferentes aspectos de la autonomía y el fun-

cionamiento psicosocial de la persona (las ocho siguientes); y otras con los soportes, apoyos y el medio que está al alcance de la persona (las cuatro últimas). Se pretende evaluar en qué medida los instrumentos empleados en la evaluación de sus servicios obtienen la información global necesaria. El profesional valorará cada área atendiendo a cinco niveles, donde el nivel «0» supone que el instrumento no recoge ningún aspecto relacionado con la categoría y el nivel «4» que recoge con exactitud todos los aspectos relacionados con la categoría.

A través de la ficha-2 se pretende valorar lo útil que el instrumento le resulta al profesional para la práctica de su trabajo cotidiano. No se trata de reflejar la validez o fiabilidad que el método o instrumento puede tener en sí para recoger información sobre las áreas anteriormente señaladas, sino la conformidad y confianza en su sentido más pragmático que los profesionales tienen en esos instrumentos que habían elegido como herramientas de trabajo. Por tanto, se trataba de una valoración más cualitativa que cuantitativa, pero que aporte una explicación real sobre cómo se está realizando la evaluación en los dispositivos específicos. Se eligen cinco dimensiones a las que se denominan «características metodológicas», y sobre las que los profesionales debían pronunciarse en un nivel de cumplimiento de 0 a 4. El nivel más bajo correspondería con los supuestos siguientes: cuando el instrumento valorado no es aplicable a la población de enfermos mentales que son derivados a nuestro centro, no es sensible a los cambios producidos por la intervención, no resulta una herramienta útil y no nos permite comparar los resultados obtenidos con cambios producidos en el centro o con otros centros. El nivel más alto de valoración correspondería a un grado óptimo de cumplimiento con el criterio: cuando el instrumento te permite aplicarlo a toda la población atendida, es sensible a los cambios que puedan producirse en cualquiera de las áreas trabajadas, se considera útil y fácilmente aplicable con los medios que dispone el servicio y nos permite obtener medidas de resultados y hacer comparaciones.

En la Ficha-1 y en lo que se refiere a la información clínica, se eligieron tres variables relevantes:

1. Historia de la enfermedad. Los profesionales valoran si el instrumento recoge aspectos fundamentales de la enfermedad del paciente y su curso: características de la enfermedad, número de crisis psicóticas e ingresos y características de los mismos, los años de evolución de la enfermedad y el curso que ha tenido, tratamiento y uso previo de recursos sanitarios, y antecedentes psiquiátricos familiares.
2. Nivel premórbido. Se valora el funcionamiento de la persona antes de la aparición de la enfermedad en áreas fundamentales de la vida: los estudios, las relaciones sociales, la actividad laboral desempeñada e integración social. Esta información se considera relevante en la medida que parece existir una relación entre la forma en que el individuo se ha desenvuelto en estas áreas de la vida cotidiana con el pronóstico del curso de la enfermedad y los resultados de las intervenciones. En rehabilitación también nos servirá para darnos pistas sobre los niveles superiores que podemos alcanzar en las metas que vayamos planteando.

Sintomatología. Se tiene en cuenta si el instrumento ofrece la posibilidad de aportar información relativa a la sintomatología positiva, negativa y otros síntomas asociados. El conocimiento de la sintomatología permitirá al clínico, en un análisis posterior, describir la relación que los mencionados síntomas tienen sobre el funcionamiento de la persona y en qué medida influyen en su comportamiento cotidiano.

En esta ficha se recoge también la información global sobre el desempeño psicosocial agrupándose en áreas específicas del funcionamiento. El profesional debe valorar en qué medida el instrumento recoge con suficiente nivel de precisión información sobre los campos que se detallan a continuación:

1. Autocuidados. Información relacionada con los hábitos que conserva el paciente sobre el mantenimiento de la higiene y aspecto personal, utilización adecuada de ropa y vestido, hábitos de alimentación, de sueño y de vida saludable, y consumo de sustancias tóxicas.
2. Autonomía. Se valora el nivel y el grado de autonomía en la utilización de los recursos comunitarios: conocimientos básicos de lectura, escritura, cálculo y otros necesarios para desenvolverse en la vida cotidiana; empleo del transporte público; utilización de gestiones elementales en el banco; compra de objetos o prendas personales en tiendas; utilización de los lugares de ocio y cultura; utilización de recursos sociosanitarios y otras habilidades instrumentales.
3. Participación ciudadana. Se refiere a la participación activa en actividades comunitarias como asociaciones, actividades de voluntariado, parroquias y organizaciones que realizan una actividad social de carácter comunitario.
4. Habilidades para las relaciones interpersonales. Está relacionado con la capacidad del individuo en el manejo de las habilidades sociales verbales y no verbales, las relaciones interpersonales, utilización de habilidades de comunicación y asertivas así como las habilidades para la solución de problemas sociales.
5. Autocontrol. Se refiere a la capacidad para el desarrollo de habilidades de afrontamiento en situaciones de estrés, el nivel de estabilidad emocional del paciente, nivel de autoestima, capacidad para la resolución de problemas conflictivos y toma de decisiones. En este área se valora también la capacidad del instrumento para recoger información sobre la adecuación o inadecuación del repertorio conductual del paciente, si aparecen episodios de conductas disruptivas o desadaptativas.
6. Funcionamiento cognitivo. Nivel de funcionamiento en procesos cognitivos básicos como orientación, atención, discriminación, memoria. Se tiene en cuenta si valora también la capacidad de concentración, comprensión y de aprendizaje en general.
7. Tratamiento. En este campo se pretende valorar las posibilidades que nos da el instrumento para obtener información sobre aspectos relacionados con la enfermedad y el tratamiento: nivel de conciencia que tiene el paciente sobre su enfermedad, la res-

ponsabilidad ante el tratamiento psicológico y psiquiátrico, el grado de respuesta al tratamiento farmacológico, terapéutico y de rehabilitación así como la capacidad para autoadministrarse eficazmente la medicación.

8. Capacidad laboral. Se valora la eficacia del instrumento para proporcionar información relacionada con la capacidad del individuo para desempeñar un puesto de trabajo: grado de motivación para el empleo, interés profesional, habilidades de ajuste laboral, etc.

Por último, la ficha presenta algunas áreas relacionadas con los apoyos y soportes que están al alcance del paciente. Se optó por cuatro dimensiones sobre las cuales los profesionales deben valorar el grado en el que los instrumentos las contemplan y recogen información sobre ellas

1. Interacción familiar. Numerosos estudios sugieren que la emoción expresada en el medio familiar puede ser un indicador de la evolución de la enfermedad del paciente y del número de recaídas. En este apartado el profesional debe pronunciarse sobre las posibilidades que le brinda el instrumento para recoger aspectos relacionados con el clima emocional en el entorno familiar, los niveles de comunicación entre sus miembros, el tipo de convivencia y la capacidad para solucionar los problemas surgidos de la misma
2. Red social. Se valora qué capacidad tiene el instrumento para recoger aportaciones sobre el círculo de relación con el que cuenta el individuo en su entorno social, el núcleo de amistades con los que sale, la frecuencia y calidad de esos contactos y actividades que realiza con ellos.
3. Soporte económico. Se refiere al grado de independencia económica que tiene la persona. Se tiene en cuenta la remuneración económica que percibe para satisfacer sus necesidades y si esta es estable a través del cobro de una nómina o pensión, o si depende de ayudas provisionales de una institución o familia.
4. Soporte residencial. Hace referencia a la disponibilidad y características del lugar residencial del paciente, si la vivienda reúne unas condiciones aceptables o inaceptables o si vive en albergues o en la calle, si vive solo, con la familia o con otros usuarios.

En la Ficha 2 se seleccionaron cinco dimensiones sobre las cuales el profesional debe pronunciarse con una puntuación de 0 a 4, atendiendo al nivel de cumplimiento en cada una de esas dimensiones.

1. Población diana. Se pide que se valore las posibilidades que tiene el instrumento de ser aplicado a la población de enfermos mentales atendidos en el servicio, no solo a los pacientes psicóticos. En los últimos años se ha ido incrementando la derivación a recursos de rehabilitación de otras patologías, fundamentalmente, de trastornos de personalidad. Se trata de ver en qué medida el instrumento está preparado para recoger la información relevante del conjunto de población derivada al centro.

2. Sensibilidad al cambio. Se pide la opinión sobre el nivel de sensibilidad al cambio que tiene. El instrumento además de recoger los cambios observados desde el inicio del tratamiento hasta el alta, debe tener suficiente sensibilidad para medir los cambios que pueden aparecer durante el proceso de intervención. Debe también ser sensible a los cambios que se producen en la medida que se van introduciendo nuevas metas durante el desarrollo del plan de rehabilitación.
3. Utilidad práctica. Se refiere al grado de compatibilidad del instrumento con los procedimientos de trabajo en los dispositivos de rehabilitación. Probablemente esta sea la característica más buscada entre los profesionales: tener a su alcance un instrumento que facilite el trabajo diario de rehabilitación, que no interrumpa el proceso de acogida y enganche, que posibilite la evaluación funcional al inicio, que recoja información útil para el establecimiento de metas y objetivos en el plan de rehabilitación y que permita hacer valoraciones sucesivas además de la valoración final.
4. Aplicabilidad. Se valora la sencillez en la aplicación rutinaria del instrumento dentro del servicio de rehabilitación así como que sea fácilmente comprensible para el equipo multidisciplinario de los centros: facultativos, personal de enfermería, trabajadores sociales, educadores, etc. Se evalúa también su adaptabilidad para recoger la información que provenga de los diferentes fuentes de información, de los pacientes, el equipo, familiares o la observación.
5. Cuantificación. Se refiere a las posibilidades de cuantificación de los resultados obtenidos con dicho instrumento. Solo si es cuantificable puede contemplar la posibilidad de que el instrumento pueda utilizarse para la valoración de los progresos, el resultado final y para hacer comparaciones entre pacientes con intervenciones similares en el mismo centro o entre otros centros.

## Muestra

Los centros participantes en el estudio, fueron aquéllos definidos por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN, 2002)<sup>8</sup> como dispositivos específicos de rehabilitación, distribuidos por todo el territorio nacional. Esta definición engloba diferentes terminologías en función de la Comunidad Autónoma a la que pertenece el dispositivo.

Inicialmente, se recopilaban las encuestas y valoraciones de instrumentos empleados en todos los dispositivos de rehabilitación y en recursos de apoyo comunitario (incluidos los recursos residenciales, ocupacionales, laborales, etc) que participaron en el estudio. La muestra recogida fue de 57 servicios de doce Comunidades Autónomas, distribui-

das de forma desigual por todo el territorio nacional y en función del tipo de servicio participante.

En un segundo momento, se creyó conveniente introducir criterios comunes de definición de los servicios que aseguraran cierta homogeneidad en la muestra. En los criterios de definición se consideraron solo aquellos servicios que llevaban a cabo una evaluación funcional global del individuo, diseño de planes individualizados de rehabilitación y aplicación de técnicas específicas de rehabilitación. Se incluyeron aquellos dispositivos específicos de rehabilitación, tanto ambulatorios como hospitalarios, cuyo objetivo prioritario fuera la rehabilitación psicosocial global del paciente, y se excluyeron los que tenían un objetivo complementario de rehabilitación como era el caso de los recursos residenciales, los de soporte social o los de rehabilitación laboral.

De la aplicación de este criterio resultó una muestra válida final de 44 centros. De las 57 encuestas iniciales recibidas se tuvieron que eliminar 13, algunas debido a que los datos estaban confusos o incompletos, y la mayoría porque no se ajustaban a los criterios de inclusión como centros específicos de rehabilitación mencionados.

TABLA 1. Tipos de centros participantes

Centros de rehabilitación ambulatoria	38
Unidad hospitalaria	3
Integrados	3
TOTAL	44

La metodología de la evaluación psicológica incluye distintas técnicas, todas ellas recogidas en la primera parte de las encuestas realizadas en este estudio. Se pidió que se informara no sólo sobre el uso de las distintas escalas, cuestionarios e inventarios, sino también de las entrevistas, tests, autorregistros y protocolos de observación incluidos en el procedimiento de evaluación. Pero la comparación hubiera sido inútil si no se hubiera ceñido el análisis de datos a aquellas valoraciones emitidas sobre instrumentos que supiéramos idénticos en formato y método de aplicación, independientemente del centro en el que se administraran. Para ello, se decidió eliminar la diversidad de entrevistas, protocolos de derivación, autorregistros, registros de observación, etc., y también se decidió que en el análisis de las valoraciones efectuadas por los profesionales sólo se tuviera en cuenta la evaluación a través de instrumentos estandarizados. Así, la muestra inicial de 211 instrumentos quedó en 143.

Por último, al aplicar un criterio práctico de acotación para la inclusión de datos para la elaboración de los gráficos y las valoraciones estadísticas, sólo se han contabilizado aquéllos instrumentos que han sido empleados por al menos tres centros distintos. El número se redujo a 29 instrumentos, sobre los cuales se centrará el análisis de resultados.



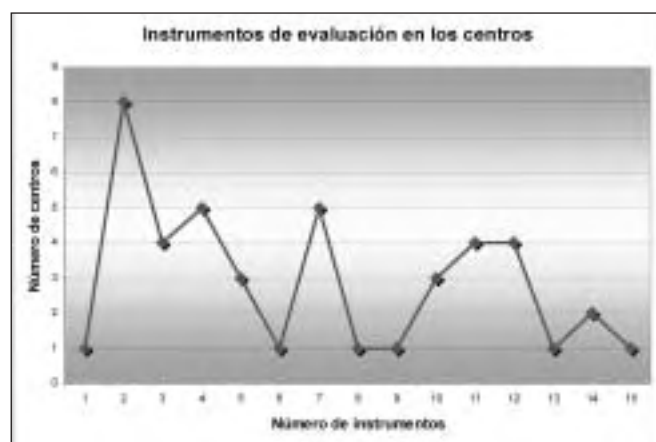
TABLA 2. Instrumentos empleados

## Análisis de resultados

El análisis ha sido realizado sobre una muestra final de 29 instrumentos estandarizados (cuestionarios, inventarios o escalas) recogidos de un total de 44 centros específicos de rehabilitación. El filtraje de datos se ha hecho necesario para poder establecer comparaciones entre las valoraciones realizadas por los profesionales, pero no por ello debemos pasar por alto la primera descripción del estado de los procedimientos de evaluación en rehabilitación en España, y es su tremenda heterogeneidad.

La elevada variabilidad de instrumentos intercentros se complica cuando observamos también el elevado número de los mismos utilizados en algunos centros, llegando a aplicar hasta 19 escalas en un único dispositivo. La mayoría de los profesionales utilizan entre dos y tres (moda 8; media 2'9). *Gráfico 1*

GRÁFICO 1



Si analizamos la cantidad de instrumentos empleados por áreas de evaluación comprobamos que la más evaluada es el área cognitiva, en la que se llegan a emplear hasta 17 instrumentos exclusivos. Es decir, que el 11% de los instrumentos encontrados sólo evalúan esa área. Aunque esto podría plantear una rápida hipótesis sobre la existencia de diversidad en las elecciones de los evaluadores en las herramientas de evaluación cognitiva (en cada dispositivo se utiliza una prueba distinta), no es así, porque lo que encontramos realmente es que en algunos centros se emplean varios de estos instrumentos a la vez (seis centros emplean dos escalas distintas para evaluación cognitiva). *Tabla 3*

Algo parecido ocurre con los instrumentos de evaluación específica de síntomas, cuyo número asciende a 13, del total de 143 (9%).

Observamos también instrumentos de evaluación exclusiva de las áreas de habilidades de relación interpersonal, autocontrol, tratamiento, habilidades para el empleo, y de soporte familiar, pero no aparece ningún instrumento que evalúe como única área las de funcionamiento premórbido, enfermedad actual, autocuidados, autonomía o participación ciudadana. *Tabla 3*

Sólo veinte de las 143 herramientas son útiles para obtener información de las ocho áreas fundamentales que hemos definido como de «funcionamiento psicosocial». *Tabla 4*

El recuento de los instrumentos de evaluación nos muestra que las escalas con mayor uso (14 centros máximo) son el Inventario de depresión de Beck (BDI) y la Escala de Valoración de Ansiedad de Spielberger (STAI), seguida por el Brief Psychiatric Scale (BPRS) (que se usa en 12 centros de los 44) y el Minimental State Examination (MMSE) (en 10). *Gráfico 2*.

TABLA 3. Instrumentos que puntúan en un solo Área

Áreas (ficha1)	Número de instrumentos que evalúan esa área	Instrumentos que evalúan ese área
Enfermedad actual	0	
Nivel premórbido	0	
Síntomas	13	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BPRS</li> <li>- C. Pensamientos automáticos</li> <li>- LCC</li> <li>- PANS</li> <li>- SAPS</li> <li>- SANS</li> <li>- UKU</li> <li>- IGG</li> <li>- Millon</li> <li>- MMPI-II</li> <li>- AE Likert</li> <li>- TMT</li> <li>- Cuest. Conocimiento de la enfermedad</li> </ul>
Autocuidados	0	
Autonomía	0	
Participación ciudadana	0	
Habilidades de relación interpersonal	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- HHSS (ACIS)</li> <li>- AF 15</li> <li>- SECHS</li> <li>- SRS</li> </ul>
Autocontrol	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoexigencia</li> <li>- ISRA</li> <li>- ABG 1/2</li> </ul>

TABLA 3. Instrumentos que puntúan en un solo Área (Continuación)

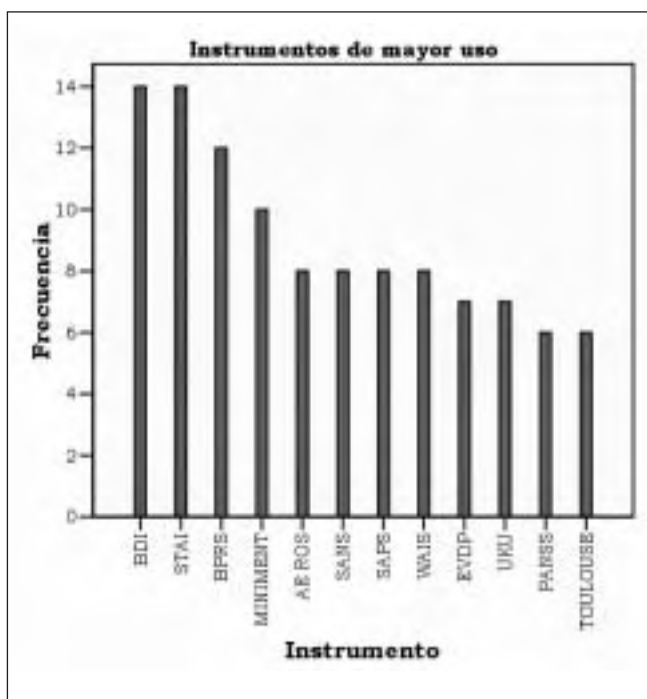
Áreas (ficha1)	Número de instrumentos que evalúan esa área	Instrumentos que evalúan ese área
Cognitiva	17	- Camcog R - DAT-5 - Esc. Control mental - Luria - Minimental - PIEN Barcelona - Raven - RBMT - Rey - TAVEC - WAIS - WAIS III - Caras - MAI - Stroop - Toulouse-Pieron - Wisconsin
Tratamiento	4	- DAI - Expectativas de cambio - Insight (David) - Satisfacción global
Laboral	2	- CML - Invent. Preferencias profesionales
Soporte familiar	1	- ESFA
Red social	0	
Soporte económico	0	
Soporte residencial	0	

TABLA 4. Instrumentos que puntúan en las 8 áreas de funcionamiento psicosocial

Si eliminamos las áreas clínicas, y las de soporte, los instrumentos que puntúan en las 8 áreas de funcionamiento psicosocial son 20:

CPNP-F
CPNP-U
CV HEIN
CV PCVL
DAS
EEAG
EVDP
HH VIDA COMUNITARIA
HH VIDA COTIDIANA
HONOS
MINIEXA
RORSCHACH
SANS
SAPS
SEM
TEST BARTHEL
TOULOUSE
WAIS
WHOQOL
Z TEST

GRÁFICO 2



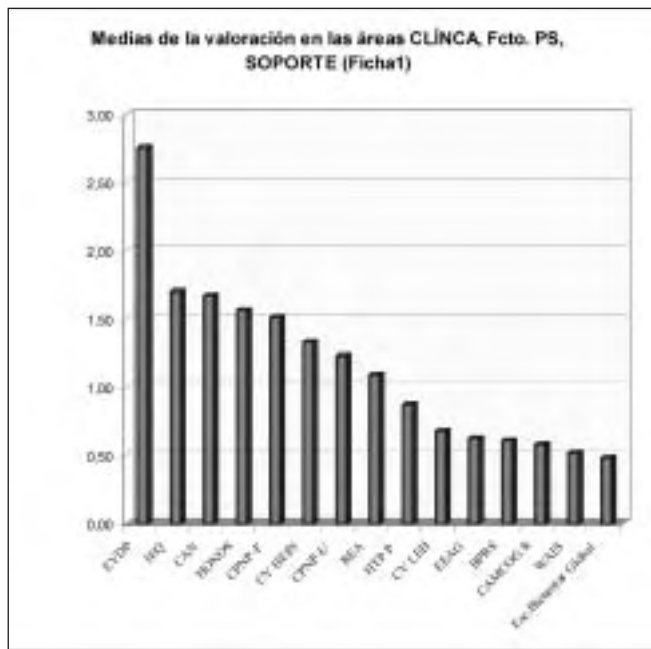
Son valores relativamente altos comparados con el número total de herramientas utilizadas<sup>29</sup>, por lo que se puede decir que casi la mitad de los centros incluidos en el análisis final emplea uno de estos cuatro instrumentos.

Los instrumentos más utilizados son los que evalúan sintomatología: BDI, STAI, BPRS, Inventario de Autoestima de Rosenberg (AE Rosenberg), la Escala para

la evaluación de síntomas negativos (SANS), la Escala para la evaluación de síntomas positivos (SAPS) y la Escala de efectos secundarios (UKU). También los tests de evaluación de habilidades cognitivas tienen una amplia aceptación entre los profesionales de la rehabilitación como la escala de Inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS) y Minimental, Toulouse-Pieron; mientras que sólo uno de los que llevan a cabo una evaluación global de todas las áreas de funcionamiento psicosocial y soporte comunitario, la Escala de Valoración del Desempeño Psicosocial (EVDP), está entre los diez primeros en el conjunto de los instrumentos de evaluación.

Los profesionales de la rehabilitación psicosocial se muestran estrictos en la valoración de la capacidad de cada escala de evaluación para obtener información sobre todas las áreas de lo que hemos denominado ficha 1 (que incluyen la información clínica, el funcionamiento psicosocial actual y la valoración de soportes comunitarios con los que cuenta el paciente). Sólo un instrumento obtiene una puntuación superior al 50% de la valoración máxima, el EVDP, con una media de 2'76, tratándose además de uno de los más usados en la muestra de centros. Ninguno de los siguientes más valorados es tan popular como éste. *Gráfico 3*

GRÁFICO 3



Esta escala, junto con el Cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell (CAN), son las que mejor información recogen sobre las áreas valoradas en la ficha 1 y, por tanto, los que pueden facilitar más datos al evaluador para la elaboración del plan individualizado de rehabilitación. Ninguna de las ocho escalas restantes alcanzan una puntuación por encima de 2 en los bloques de información de dicha ficha. *Gráfico 4*

Si analizamos nuevamente el gráfico 3, vemos que aparecen en esta descripción varios instrumentos de evaluación global, como el CAN, el Registro de evaluación de Autonomía (REA), o el Health of the Nation Outcome

GRÁFICO 4

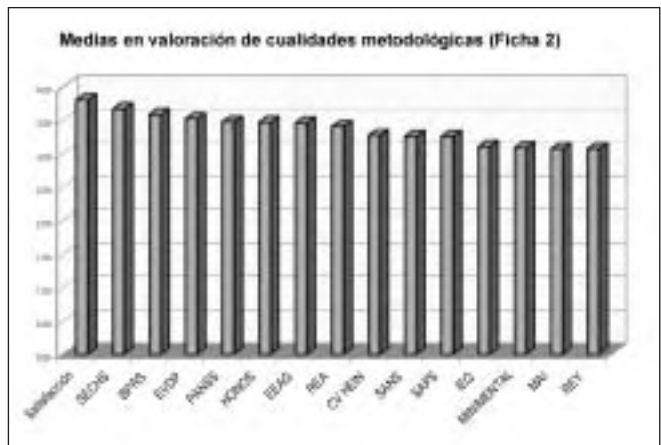


Scales (HONOS); alguno de evaluación familiar, como el Cuestionario de carga familiar (IEQ); y en posiciones más avanzadas aquéllos que evalúan la percepción subjetiva del paciente sobre su problemática actual (Cuestionario de percepción de necesidades y problemas del paciente y la familia (CPNP-F), Escala de Calidad de Vida de Heinrich (CV Heinrich), Escala de Calidad de Vida de Lehman (CV Lehman).

Un nuevo apunte sobre la falta de unicidad y acuerdo metodológico en el campo de la evaluación en rehabilitación psicosocial es la aparición del test de la casa, el árbol y la persona (HTP) en noveno lugar, lo que indica que a pesar de ser escasamente empleado (sólo tres centros), es muy bien valorado como captador de información en áreas de intervención fundamentales en este campo profesional.

La respuesta a nuestra pregunta sobre si en los centros de rehabilitación psicosocial se está llevando a cabo procesos de evaluación con garantía metodológica muestra sus primeros matices en el gráfico 5. Cuatro de los diez instrumentos más valorados en las áreas que hemos denominado «calidades metodológicas» obtienen también alta valoración en su capacidad para obtener información en área de ficha 1: EVDP, HONOS, REA, y CV Heinrich, lo que nos

GRÁFICO 5





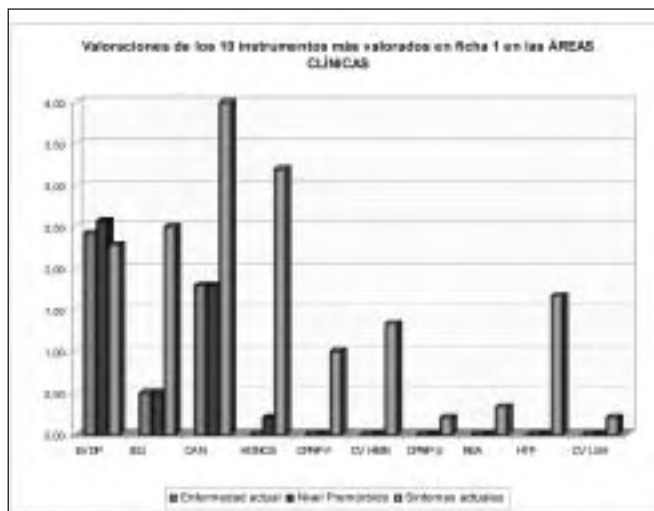
hace sospechar que se trata de buenos instrumentos para la evaluación y seguimiento de nuestro proceso de intervención. Sin embargo, sólo uno de ellos, como ya hemos anotado, figura como uno de los más utilizados (el EVDP).

El bloque de escalas de evaluación de satisfacción engloba instrumentos de evaluación tanto del paciente como de la familia, y parecen ser idóneos para garantizar los objetivos metodológicos que persigue el centro de intervención en el que se aplican. El resto de escalas muy valoradas en ficha 2 son variadas en cuanto a objetivos de evaluación (habilidades sociales, síntomas, valoración global o calidad de vida).

Conviene destacar el alto nivel de puntuación que obtienen todos los instrumentos en general en la ficha 2 (media de 3'64 en los diez más valorados en ficha 2).

La medida de información sobre las áreas clínicas tiene una adecuada valoración (> 1'50) si se emplean cualquiera de las tres herramientas que se colocan en los primeros puestos en el gráfico 6 (EVDP, CAN o HTP); si bien, el EVDP es el único que es valorado en las tres áreas por encima de 2.

GRÁFICO 6



Sin embargo, si queremos obtener información sobre esas áreas con calidad metodológica, debemos emplear el SANS, quedando en este caso el EVDP en segundo lugar de elección.

El resto de instrumentos con mayor valoración metodológica no aportan, según los resultados, información suficiente sobre las áreas clínicas para la elaboración del plan individualizado de rehabilitación. Gráfico 7

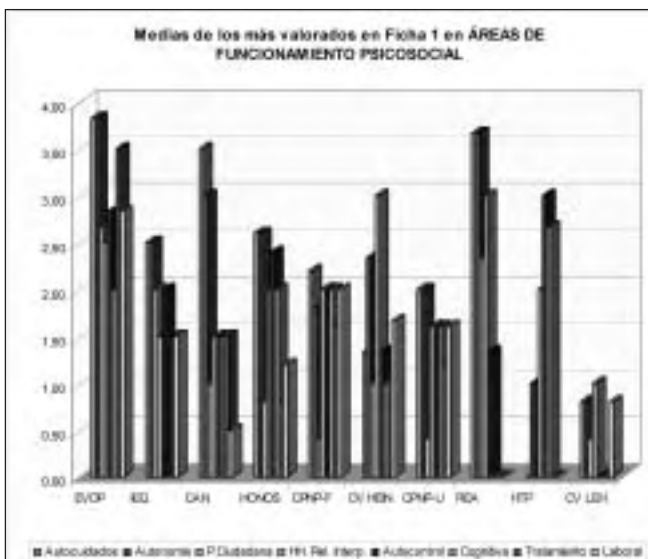
El instrumento que mayor valoración obtiene en todas las áreas que hemos denominado de «funcionamiento psicosocial» es el EVDP (media de 3); seguido por el HONOS (media 1.80); y el CAN, el REA y el CPNP-F con una media de 1'75; si bien, en estos cuatro últimos la heterogeneidad en la valoración es mucho mayor y hay varias áreas que puntúan por debajo del 50% de la valoración máxima. Gráfico 8

De igual manera, las cuatro escalas que ya hemos anotado que obtienen la mayor puntuación en ficha 1 y 2 (EVDP, HONOS, REA, CV Heinrich) nos sorprenden con puntuaciones altas también en su capacidad para obtener

GRÁFICO 7



GRÁFICO 8



información específica de las áreas de funcionamiento psicosocial y de las de soporte comunitario, donde sí se diferencian apreciablemente de la valoración que los profesionales hacen del resto de instrumentos destacados en la ficha 2. Gráfico 9 y 10

GRÁFICO 9

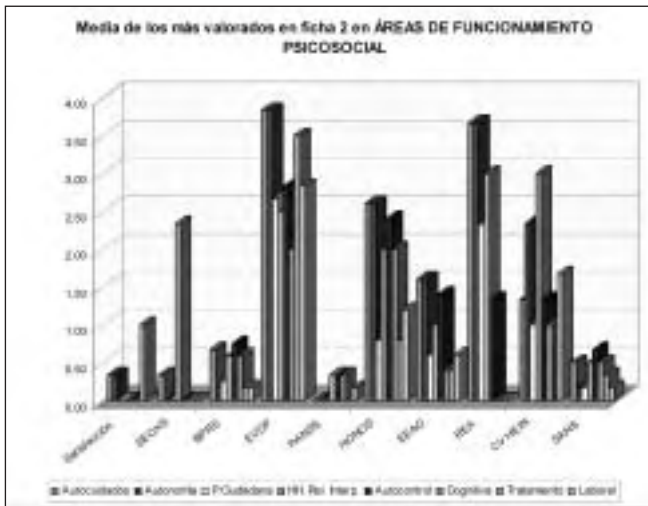
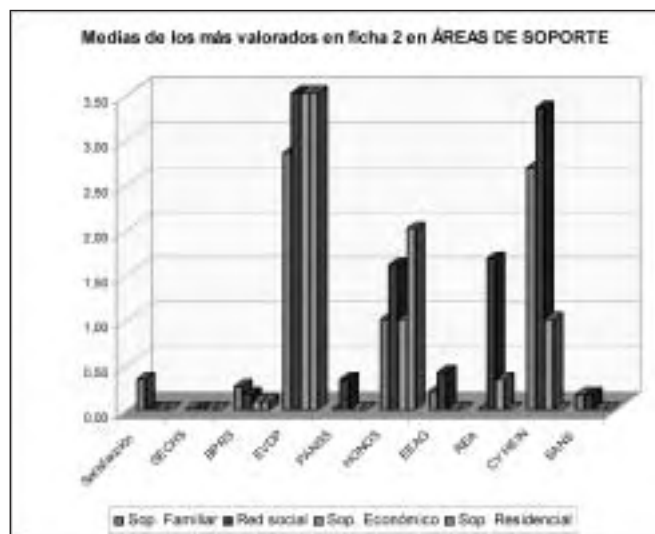
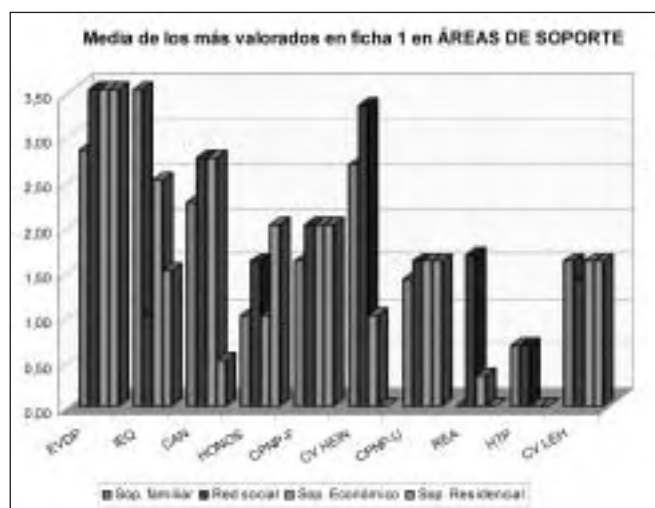


GRÁFICO 10

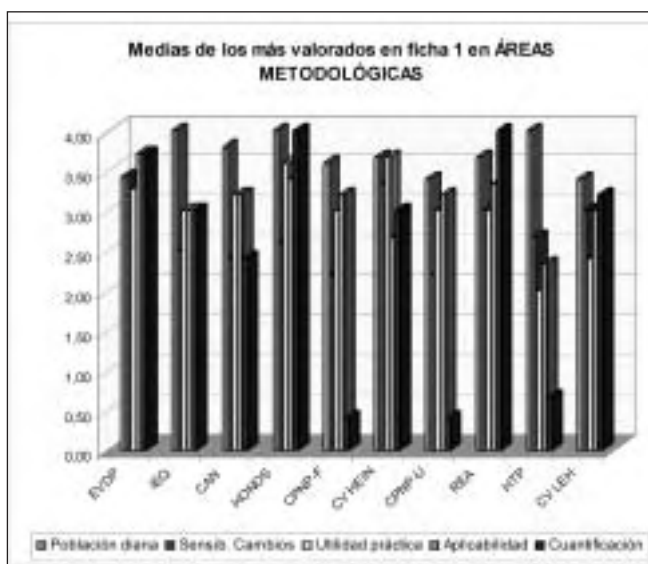


El EVDP, el IEQ, el CAN y la escala de CV Heinrich son los cuatro instrumentos que mejor recogen la información sobre soportes comunitarios, a juicio de los profesionales de rehabilitación que han rellenado las encuestas. *Gráfico 11*



Por último, analizamos el modo en que las escalas más valoradas en ficha 1 se consideran potentes en cuanto a su calidad metodológica (*gráfica 12*). Varias son las herramientas que superan la barrera del 2: EVDP, IEQ, CAN, HONOS, CV Heinrich, REA, CV Lehman), por lo que si obviamos lo visto hasta ahora, cualquiera de ellas podría ser un buen instrumento en un protocolo de evaluación de un centro de rehabilitación, pues todas ellas son útiles para obtener información para el plan individualizado de rehabilitación (ficha 1) y además, obtienen buenos niveles en la valoración de sus características metodológicas (ficha 2).

GRÁFICO 12



## Conclusiones

El proceso de intervención en rehabilitación psicosocial tiene unos objetivos claros que persiguen todos los profesionales que desarrollan su labor en este ámbito. La efectividad en dicho proceso exige unos procedimientos de evaluación con características propias que garantice la efectividad en el proceso de rehabilitación individual de cada paciente.

Éstas son premisas claras en la intervención en rehabilitación. Lo que no parece claro es cuáles de las herramientas de evaluación han de ser las elegidas para mejorar y facilitar nuestra tarea.

Las conclusiones de los estudios llevados a cabo hasta el momento no influyen aparentemente en las elecciones de los profesionales, sino que estos confían más en criterios de experiencia personal, así como en sus actitudes o método de trabajo. Hay una brecha entre lo que la literatura científica aconseja hacer, y lo que realmente se hace.

En este estudio no se encuentra ninguna constante en la elección de las mejores técnicas, por lo que no se puede hipotetizar qué es lo que lleva a un evaluador a decantarse por una u otra prueba.

Tampoco se descubre una explicación de por qué los instrumentos más valorados a juicio de los profesionales no coinciden con los más empleados (sólo uno de ellos lo hace). Y como añadido, comprobamos que es frecuente perseguir la redundancia de la información obtenida a través de distintos instrumentos, con el consecuente alargamiento del proceso evaluativo y la fatiga del profesional y del evaluado.

Uno de los efectos secundarios de este estudio ha sido un primer acercamiento al modo de funcionamiento de los dispositivos específicos de rehabilitación en nuestro país. El acceso a los centros ha sido áspero y confuso. La multitud de denominaciones y organismos gestores obligó a tener que realizar múltiples contactos con cada centro para aclarar las condiciones de atención del mismo. La comunicación entre varios centros sólo era posible si eran gestio-

nados por la misma entidad, mientras que un contacto «intercomunidad» parece una utopía que sólo es posible alcanzar a través de iniciativas profesionales concretas. No obstante, este estudio no va más allá de constituirse como un estudio piloto, con una muestra escasa, donde no ha sido posible incorporar a la totalidad de las Comunidades Autónomas; pero que aporta una serie de conclusiones a modo de sugerencias o recomendaciones para otros trabajos posteriores.

En esta línea, sugerimos continuar con estudios que se propongan la exploración de aquellos factores que están determinando las incoherencias entre lo que se concluye que se debe hacer y lo que realmente se hace. Creemos que se deben investigar los motivos de tanta heterogeneidad en el trabajo de evaluación del funcionamiento de personas con enfermedad mental en los dispositivos de rehabilitación psicosocial en el territorio nacional para que, de este modo, se pueda unificar una metodología de trabajo que permita aprovechar la puesta en común de los conocimientos y avances en el área, ya que de otro modo, tal como ocurre en el momento actual, resulta muy complicado.

## Bibliografía

1. Liberman, P. (1998). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona. Martínez Roca.
2. Wallace, C. J. (1985). Funcional assesment in rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 605-630.
3. Brenner, H.D., Denker, S.J., Goldstein, M.J., Hubbard, J.W. Kreegan, D.L., Kruger, G., Kulhanek, F., Liberman, R.P., Malm, U. y Midha, K.K. (1990). Defining treatment refractoriness in schizopOhrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 551-561.
4. Bobes, J., González, M.P., Bascarán, M.T., Sáinz, P.A., Bousoño, M. (2004). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Barcelona. Ars Médica.
5. Muñoz, M., Roa A., Pérez E., Santos A.B., Vicente A. (2002). Instrumentos de evaluación en salud mental. Madrid. Ediciones Pirámide.
6. Muñoz, M., Vázquez, C., Muñiz, E., López-Luengo, B., Hernangómez, L. y Díaz, M., (1999). Evaluación de resultados en la esquizofrenia: Un ejemplo de aplicación en la comunidad autónoma de Madrid. *Intervención Psicológica*, 8(1), 63-78.
7. Newman, F.L., y Carpenter, D. (1997), Guidelines for selecting psychological instruments for treatment outcome assessment. En *Psychological and biological assessment at the turn of the century*. Eds Clarkin, L.J., Riba, M.B. y Oldham. J.M., American Psychiatric Press.
8. AEN (2002). *Rehabilitación psicosocial del enfermo mental severo. Situación actual y recomendaciones*. Cuaderno técnico N.º 6 . Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría.

**ANEXO 1. ENCUESTA SOBRE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN LOS SERVICIOS ESPECÍFICOS DE REHABILITACIÓN**

**Protocolo de derivación** SÍ NO

- Entrevista
- Individual
- Familiar
- Social

Otras.....  
Utilización de entrevista protocolizada SÍ NO

**Observación**

- En el Medio
- En el centro
- Visita a Domicilio

Utilización de: registro conductual  
registro narrativo  
otro .....

**Escalas, Cuestionarios, Inventarios**

Nombre	Nº de años que se ha utilizado	Duración aproximada de la aplicación	Momento de la utilización (pre,durante, post)	Elaboración propia (SÍ/NO)

**Técnicas Psicométricas**

Nombre	Nº de años que se ha utilizado	Duración aproximada de la aplicación	Momento de la utilización (pre,durante, post)	Elaboración propia (SÍ/NO)

**Autorregistros**

Nombre	Nº de años que se ha utilizado	Duración aproximada de la aplicación	Momento de la utilización (pre,durante, post)	Elaboración propia (SÍ/NO)

**Técnicas Proyectivas**

Nombre	Nº de años que se ha utilizado	Duración aproximada de la aplicación	Momento de la utilización (pre,durante, post)	Elaboración propia (SÍ/NO)



ANEXO 2. FICHA-1

ÁREAS DE EVALUACIÓN QUE RECOGEN LOS PROFESIONALES

NOMBRE INSTRUMENT.	IP ENFERMO	NIVEL PREMORBI	SINTOMAT.	AUTOQUED	AUTONOME	PART. CIUDA	HABIE. REL. INTER	CAP. AUTOCON TROL.	CAP. COGN. NITI VA	TRAMITA	CAPA LABO RAL	INTER FAMI	BED SOCIA	SOPRO ECO NÓMICO	SOPRO RESI DENC.

4: EXCELENTE (recoge con exactitud todos los aspectos relacionados con la categoría)  
 3: SUFICIENTE (recoge con exactitud la mayoría de los aspectos relacionados con la categoría)  
 2: AMBIGUO (recoge parte de los aspectos relacionados con la categoría)  
 1: INSUFICIENTE (recoge de forma insuficiente o de forma muy ambigua los aspectos relacionados con la categoría)  
 0: DEFICIENTE (no recoge ningún aspecto relacionado con la categoría)

En cada casilla poner el número que corresponde

FICHA 2

CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DE LOS INSTRUMENTOS

NOMBRE DEL INSTRUMENTO	POBLACION DEANA	NIVEL DE SENSIBILIDAD A CAMBIOS	UTILIDAD PRÁCTICA	APLICABILIDAD	CUANTIFICACION

NIVEL MÍNIMO DE CUMPLIMIENTO: no es aplicable a la población de c.m. con discapacidades psicossociales; mala sensibilidad a los cambios producidos; no es útil al servicio; muy complejo y aplicable solo por personal cualificado; los resultados no son cuantificables; no es fiable

En cada casilla poner el número que corresponda dependiendo del grado de cumplimiento

GRADO ÓPTIMO DE CUMPLIMIENTO: aplicable a toda la población de c.m. con discapacidades psicossociales; alta sensibilidad; muy útil; sencilla y fácilmente aplicable por el equipo; fáciles métodos cuantificables de resultados; muy fiable



### ANEXO 3

En la ficha 1 se pretende evaluar en qué medida los instrumentos empleados en la evaluación obtienen la información necesaria para planear un programa de intervención individualizado. Y para ello, os pedimos una valoración en una escala de cuatro intervalos y la exactitud y cantidad de información que cada uno de ellos aporta.

En este anexo 3 se exponen los contenidos de las áreas de funcionamiento psicosocial que son considerados relevantes evaluar para el diseño del plan individualizado de rehabilitación y posterior tratamiento rehabilitador.

#### HISTORIA DE LA ENFERMEDAD:

- Características y época del inicio de la enfermedad
- Crisis, número y características de los ingresos
- Tratamientos y uso previo de recursos sanitarios
- Antecedentes psiquiátricos familiares

#### NIVEL PREMÓRBIDO:

- Habilidades y capacidades premórbidas
- Descripción de los soportes previos a la enfermedad
- Sucesos vitales de interés

#### SINTOMATOLOGÍA:

- Situación clínica actual de la enfermedad mental

#### AUTOCUIDADOS:

- Hábitos de higiene y aspecto personal (ducha, lavado de dientes, adecuación y limpieza de la indumentaria, afeitado, depilación...).
- Cuidado de la vivienda y tareas domésticas.
- Hábitos de salud (consumo de sustancias legales, práctica de ejercicio físico, otras enfermedades...).
- Hábitos de vida (alimentación, sueño, consumo de alcohol y otros tóxicos...).

#### AUTONOMÍA EN LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS COMUNITARIOS:

- Empleo de transporte público y autonomía en los desplazamientos
- Manejo y administración del dinero
- Gestiones administrativas
- Empleo de recursos ocio-culturales y formativos formales (bibliotecas, centros cívicos, academias, escuelas taller, polideportivos...) e informales (bares, kioscos, cines...).

#### PARTICIPACIÓN CIUDADANA

- Se refiere a las actividades comunitarias en las que el usuario interviene como parte activa del proceso en actividades de voluntariado o como miembro de asociaciones de enfermos,...

#### HABILIDADES PARA LAS RELACIONES INTERPERSONALES:

- Situaciones de relación interpersonal conflictivas para la persona evaluada
- Aspectos no verbales y paraverbales de la conversación
- Habilidades conversacionales

- Asertividad.
- Motivación para la relación interpersonal.
- Habilidades instrumentales (pedir información, comprar en una tienda...).

#### CAPACIDAD DE AUTOCONTROL:

- Habilidades de afrontamiento de situaciones de estrés y auto manejo de emociones disruptivas (ira, tristeza, ansiedad).
- Capacidad de solución de problemas.
- Autoestima.
- Descripción y características de conductas disruptivas (violencia, fugas, conductas repugnantes, comportamientos extravagantes, conductas suicidas, promiscuidad sexual...).

#### CAPACIDAD COGNITIVA:

- Nivel de funcionamiento de procesos cognitivos básicos (orientación, atención y memoria)
- Habilidades educativas básicas (lecto-escritura y cálculo básico)
- Capacidad de aprendizaje
- Motricidad

#### TRATAMIENTO:

- Conciencia de enfermedad
- Conocimiento de factores de riesgo y protección
- Identificación de pródromos
- Adherencia al tratamiento (autonomía en la toma de medicación, asistencia a citas, cumplimiento de las prescripciones...)
- Respuesta a la farmacoterapia

#### CAPACIDAD LABORAL:

- Situación laboral actual de la persona
- Motivación para incorporarse a un empleo
- Habilidades laborales y de búsqueda de empleo
- Experiencia laboral previa
- Intereses laborales
- Historia formativa y cualificación profesional actual

#### INTERACCIÓN FAMILIAR:

- Miembros de la familia con los que mantiene contacto, frecuencia y calidad de los mismos
- Ambiente familiar (presencia de conflictos, circunstancias socio-económicas...)
- Consecuencias familiares de la enfermedad (pérdida de red social de apoyo, malestar provocado en los familiares, conciencia de enfermedad y expectativas familiares respecto a la persona con enfermedad mental...)
- Apoyo del paciente a otros miembros de la familia

#### RED SOCIAL:

- Personas de su entorno social que le ofrecen apoyo y actividades que realiza con ellos
- Disponibilidad, frecuencia y calidad de los contactos

#### SOPORTE ECONÓMICO:

- Ingresos económicos de los que dispone
- Origen y estabilidad de los mismos

#### SOPORTE RESIDENCIAL:

- Vivienda en la que reside, disponibilidad y calidad de la misma.

ANEXO 4

En la ficha 2 se proponen una serie de características metodológicas consideradas como relevantes para los objetivos del propio instrumento y especialmente útiles para el servicio en el que se utiliza.

En este Anexo 2 se definen las categorías a evaluar y los intervalos de valoración de cada una de ellas:

**POBLACIÓN DIANA:** Se refiere a las posibilidades que tiene el instrumento de ser aplicado a la totalidad de la población de enfermos mentales graves atendidos en el servicio.



0: No es aplicable a la población de enfermos mentales graves atendidos en rehabilitación

4: Aplicable a la totalidad de enfermos mentales graves atendidos en rehabilitación.

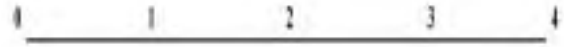
**SENSIBILIDAD AL CAMBIO:** Se refiere al nivel de sensibilidad al cambio que el instrumento es capaz de detectar, es decir, el grado en el que dicho instrumento recoge los cambios producidos en los pacientes como consecuencia de las intervenciones o entrenamientos, y permite la comparación de resultados.



0: No es sensible a la mejoría, el deterioro o la ausencia de cambio a lo largo del tiempo.

4: Es sensible a la mejoría, el deterioro o la ausencia de cambio a lo largo del tiempo

**UTILIDAD PRÁCTICA:** Se refiere al grado de compatibilidad del instrumento con los procedimientos de trabajo en los dispositivos de rehabilitación (que dicho instrumento no suponga una carga más al servicio y sí contribuya a facilitar el trabajo individualizado de rehabilitación de cada paciente, establecimiento de metas, valoraciones sucesivas, herramienta para la investigación, etc).



0: No cubre aspectos relevantes asociados a los procedimientos de trabajo en rehabilitación.

4: Cubre aspectos relevantes asociados a los procedimientos de trabajo en rehabilitación.

**APLICABILIDAD:** Se refiere tanto a la utilidad y sencillez en su aplicación rutinaria dentro del servicio de rehabilitación (interpretación sencilla, tiempo de aplicación razonable, costo de aplicación aceptable, etc), como a la facilidad de comprensión por el equipo multidisciplinario (no requiere una formación o titulación concreta).



0: Largo, costoso, de difícil comprensión y aplicación por el equipo multidisciplinario

4: Útil, sencillo de fácil comprensión y aplicación por el equipo multidisciplinario.

**CUANTIFICACIÓN:** Se refiere a las posibilidades de cuantificación de los resultados obtenidos con dicho instrumento.



0: No permite cuantificar los resultados obtenidos.

4: Permite cuantificar los resultados obtenidos.

# Capítulo 21. Evaluación de la Atención a la Enfermedad Mental Grave y Rehabilitación: algunos apuntes para el futuro

José J Uriarte Uriarte

*«Además de entender la rehabilitación como paradigma para comprender y renovar la atención a la cronicidad, espero ayude a construir una teoría y una práctica generales donde se recomponga la psiquiatría y la salud mental»*

BENEDETTO SARRACENO.  
Libertando Identidades. Rehabilitación y Ciudadanía

## La Rehabilitación Psicosocial en el Contexto de la Salud Mental

El desarrollo en los últimos años del campo de la rehabilitación psicosocial no ha conseguido evitar una cierta vaguedad en su concepto, y lo que es más importante, en la manera en que su filosofía y modelo asistencial se traduce en la práctica clínica real. Entendido desde una postura más tradicional, de compensación de las discapacidades y de soporte a las minusvalías, la rehabilitación corre el peligro de quedarse en poco más que una voluntaria actuación para dar ocupación, alojamiento y apoyo a los pacientes más crónicos, discapacitados y socialmente más desfavorecidos. Sin embargo, si se entiende en toda su extensión, y en palabras de Benedetto Saraceno, la rehabilitación psicosocial puede ser el modelo de asistencia a la enfermedad mental grave más sofisticado posible. La realidad es que tras los procesos de desinstitutionalización, la mayoría de los países desarrollados no han sido capaces de desarrollar en toda su extensión los suficientes servicios comunitarios alternativos, absolutamente necesarios para el abordaje de las necesidades de las personas con enfermedades mentales graves, para favorecer su recuperación y su plena integración y normalización. De todas maneras hay buenas razones para el optimismo y para esperar que a lo largo del presente siglo habrán abundantes oportunidades para una importante mejora en la atención a las personas con enfermedades mentales. Por un lado, los esperados y esperables avances científicos, con la consiguiente mejora en la eficacia de los tratamientos disponibles; por otro, los avances en la integración social y en la lucha contra el estigma. En este contexto, la rehabilitación psicosocial puede y debe ser una estrategia de salud pública que guíe la asistencia a las personas más gravemente afectadas por enfermedades mentales, tanto por la intensidad y persistencia de los síntomas, como por su repercusión funcional y social. Una vez más, tratamiento y rehabilitación se confunden, sin una secuencia temporal ni una discriminación entre síntomas y secuelas (Barbato 2006).

La realidad es que existen muchas limitaciones para considerar a la rehabilitación psicosocial un proceso en sí mismo, y como tal, evaluable como un todo. No existen límites precisos en su inicio ni en su finalización, sus procedimientos e intervenciones no se discriminan de otros campos asistenciales, sus «clientes» constituyen una población heterogénea, sus resultados no están claramente consensuados, sus servicios y recursos son en extremo diversos y sus características no están estandarizadas, no hay un acuerdo en el tipo de personal propio de este ámbito, ni de las habilidades o formación necesarias. Es posible que esta primera reflexión deba remitirnos al papel de la rehabilitación en el contexto amplio de la atención a los problemas de salud mental, y más específicamente a los llamados trastornos mentales graves, y que no tenga sentido hablar de evaluación fuera de este contexto global asistencial.

## Evaluación de Intervenciones: Eficacia, Efectividad y Eficiencia

Existe una idea generalizada de que la eficacia de los tratamientos farmacológicos y psicosociales de las enfermedades mentales en general, y de la esquizofrenia en particular, está suficientemente probada, y de que se dispone de un importante cuerpo de evidencia que la sustenta. Sin embargo, y aunque puede darse por relativamente cierta dicha afirmación, la realidad es que el conocimiento que tenemos de la eficacia, y aún más de la efectividad de los tratamientos de los que disponemos en la actualidad está lejos de ser suficiente. Es cierto que existe evidencia acerca de la eficacia de algunas de las intervenciones psicosociales más generalizadas y aceptadas en el campo de la atención a la enfermedad mental grave, y sobre la superior eficacia de los abordajes integrados psicofarmacológicos y psicosociales sobre la asistencia estándar; la base de datos de la Cochrane Collaboration dispone de revisiones sistemáticas acerca de la eficacia de un buen número de intervenciones psicosociales. Sin embargo la evidencia disponible no es la misma en todas las intervenciones, ni éstas están por igual desarrolladas y estandarizada su aplicación. En muchos casos el grado de evidencia es modesto y los resultados afectan a dominios limitados (como por ejemplo, las recaídas y rehospitalizaciones), con menor impacto en aspectos como el funcionamiento o la remisión de los síntomas. La eficacia de algunos de los modelos de intervención más reconocidos (como, por ejemplo, los Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario) ha sido puesta en cuestión en diferentes contextos asistenciales (Thornicroft



y cols, 1998). Algo similar puede decirse de los propios tratamientos farmacológicos, de los que la evidencia disponible sobre su eficacia y tolerancia en la práctica clínica real es escasa y controvertida, tal y como ha puesto en evidencia el reciente estudio CATIE (Lieberman y cols 2005).

Sin embargo probablemente no es la evaluación de la eficacia el mayor de los desafíos, sino la de su efectividad, es decir, la capacidad para implantar intervenciones eficaces en el mundo real y de forma rutinaria. Tal y como ya señalaba Lehman en el estudio PORT hace ya casi una década (Lehman, 1998), el principal problema a la hora de obtener buenos resultados en el tratamiento de nuestros pacientes con esquizofrenia no estriba solo en la relativa falta de eficacia de nuestras intervenciones, sino en la incapacidad de los servicios asistenciales de proporcionar de forma rutinaria los cuidados e intervenciones para los que ya existe evidencia de su eficacia, muy especialmente un tratamiento precoz e integrado psicosocial y psicofarmacológico. Es posible que el mayor esfuerzo para evaluar la eficacia en la práctica clínica cotidiana de este abordaje integrado basado en evidencia lo haya realizado Ian Falloon en su proyecto OTP (Falloon 1999, 2004). Sus resultados ponen en evidencia, por un lado, la efectividad del abordaje, y por otro las dificultades derivadas de nuestra organización asistencial y la estructura y funcionamiento de nuestros servicios para que una asistencia correcta y eficaz sea una práctica generalizada. Será necesario un mayor conocimiento de los factores que se relacionan con una mayor eficacia y sobre la manera de llevarlos a la práctica, mediante mejores instrumentos de evaluación de eficacia y efectividad.

## Evaluación de Recursos y Servicios

La evaluación de recursos en Salud Mental ha sido objeto de especial atención en los últimos años. Un ejemplo es el Proyecto Atlas de la OMS «Recursos de Salud Mental en el Mundo» (2000-2001), que recoge información acerca de dichos recursos de 185 países. Los resultados ofrecen un panorama esperable: en la mayoría de los países los recursos destinados a salud mental son muy insuficientes. En todo caso es difícil discriminar en qué manera estos recursos se dedican a la asistencia de los pacientes más graves, y qué profesionales, dispositivos y otros recursos pueden englobarse bajo lo que llamamos rehabilitación, aunque de alguna manera puede deducirse un enfoque más o menos comunitario y favorecedor de un modelo rehabilitador y de integración a través de la distribución de los recursos y de aspectos tales como la legislación y los planes y políticas asistenciales de cada país. En este sentido, la OMS ha desarrollado una herramienta destinada a recopilar de forma fiable información sobre los sistemas de salud mental de distintos países o comunidades, especialmente aquellos con niveles bajos o intermedios de recursos: *WHO-AIMS World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health System*. (Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental. IESM-OMS). WHO-AIMS parte de las recomendaciones del Informe de Salud Mundial 2001, dirigidas a los aspectos esenciales del desarrollo de un sistema de salud mental y aspira a concienciar y facilitar la mejora de los servicios y el desarrollo de planes de salud mental con unos parámetros iniciales

claros basados en objetivos y una base para evaluar la puesta en práctica y progreso de las políticas de reforma, de la provisión de servicios comunitarios y de la implicación de los usuarios, familias y otras partes interesadas en la promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud mental. A nivel estatal, algunos grupos han desarrollado iniciativas dirigidas a cuantificar y a mantener actualizados los datos acerca de los recursos disponibles para la asistencia a la salud mental en general, y a la rehabilitación en particular (Observatorio de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Observatorio de la Federación Española de Asociaciones de Rehabilitación Psicosocial). En el caso de la rehabilitación, la heterogeneidad de servicios, su dependencia con distintos criterios de servicios sociales y sanitarios y la inclusión de recursos informales difuminan y dificultan su delimitación aún más, si cabe.

A menudo la evaluación de recursos y servicios relacionados con la salud mental en general y con la rehabilitación en particular se ha limitado al mero recuento cuantitativo de dispositivos: qué tenemos, cuánto tenemos. Es, lógicamente, un primer paso, aunque gravemente limitado por la ausencia de una metodología estandarizada para evaluación de servicios (Salvador Carulla y cols 2002). Sin dicha condición es imposible obtener resultados válidos de comparaciones entre diferentes áreas asistenciales. La evaluación sistematizada de servicios sociosanitarios es una prioridad de ámbito internacional y particularmente europeo, dados los planes de convergencia, la necesidad de fijar estándares de calidad y de buenas prácticas, el desarrollo de políticas interestatales y la fundamentación de la planificación sanitaria en el principio de la equidad. Es posible que uno de los mejores ejemplos de evaluación referida al desarrollo y cambio en la oferta de servicios, y al impacto de dichos cambios sobre la población afectada haya sido en las últimas décadas el proyecto TAPS (Leff 2000), y que durante más de una década ha evaluado de forma pormenorizada los resultados del proceso de desinstitutionalización e integración comunitaria de los pacientes ingresados en dos grandes hospitales psiquiátricos del entorno de la ciudad de Londres. No ha sido esta, sin embargo, la constante en la mayoría de los lugares en los que se han producido cambios relevantes en la organización de servicios y en las políticas asistenciales y de asignación de recursos, en las que muchas decisiones se han tomado tomando en cuenta argumentos ideológicos, económicos, políticos, y en mucha menor medida, técnicos, sin una adecuada evaluación del impacto de dichos cambios en los resultados asistenciales, ni un aprendizaje derivado para la planificación futura.

La bondad de los servicios que atienden a personas con enfermedad mental grave a menudo se evalúa de manera escasamente objetiva, en base a criterios poco reproducibles y de escaso valor a la hora de obtener información válida para mejorarlos. Un criterio habitual ha sido el de tipo ideológico, es decir, la asunción de que un servicio es bueno si su ideología, marco teórico o política asistencial son coincidentes con los propios, de forma independiente de lo que la realidad diga, o de lo que las necesidades de los pacientes establezcan. El abuso del término «comunitario» en contraposición con lo «hospitalario», ha permitido el desarrollo de múltiples dispositivos ineficaces e ineficientes, escasamente accesibles, poco dotados de personal y con escasos recursos, y con actuaciones más basadas

en la benevolencia y los cuidados generales que en una asistencia técnicamente correcta y basada en evidencia. Y todo ello bajo un paraguas general que todo lo encubre y aporta una especie de marchamo de buen hacer, sin ningún significado real subyacente, y que denomina comunitario a todo aquel que quiera apuntarse entusiásticamente a dicha denominación. El futuro parece precisar un criterio menos subjetivo, más evaluable y mejor adaptado a las necesidades asistenciales.

En este sentido, una de las propuestas más originales y de mayor popularidad en los últimos años ha sido la de Thornicroft y Tansella. Por un lado, proponen dejar de lado la eterna diatriba entre comunitario y no comunitario y ceñirse a una planificación de servicios integrados comunitarios y hospitalarios acordes con las necesidades de la población, en un modelo de equilibrio pragmático entre servicios asistenciales hospitalarios y comunitarios (*Balanced Community Care*, Thornicroft y Tansella 2004). En dicho modelo, la bondad de los servicios y la adecuación de los recursos no derivan de su mera cantidad, o de su pretendido «label» comunitario, sino de su capacidad para aplicar aspectos como la autonomía, la equidad, la eficacia, la efectividad y la eficiencia, la responsabilidad, la accesibilidad, la continuidad de cuidados o la integralidad. Thornicroft y Tansella desarrollan de forma mucho más extensa y pormenorizada esa aproximación en su propuesta de Matriz de Salud Mental (Thornicroft y Tansella, 1999), propuesta que parte de una matriz para la evaluación y desarrollo de servicios en la que se contempla un eje temporal (Recursos, Proceso y Resultado) cruzado con una dimensión geográfica o de ámbitos en los que dichos ejes temporales se encuadran (niveles estatal, local y regional). Más recientemente los mismos autores publicaban una reflexión general sobre el desarrollo de servicios comunitarios basándose en la experiencia de las últimas tres décadas en Italia y Gran Bretaña, y en la que señalan los aspectos fundamentales claves para el desarrollo adecuado de los servicios: capacidad para reflejar las prioridades de los usuarios y sus cuidadores, desarrollo equilibrado de servicios comunitarios y hospitalarios, servicios accesibles y cercanos a los usuarios, disponibilidad de servicios móviles y de atención domiciliaria, cobertura simultánea de los síntomas y las discapacidades y desarrollo de planes de atención individualizados (Thornicroft, Tansella, Law 2008). Es plausible pensar que este es el horizonte próximo a tomar en cuenta como referencia para la evaluación de nuestros servicios y la planificación de los mismos, en un ámbito postreforma.

## Evaluación de resultados y evaluación de necesidades

La evaluación de los servicios debería, desde luego, tener en cuenta de forma fundamental los resultados que obtienen sobre las personas a las que atienden, resultados que por otro lado deben de ser relevantes también para dichas personas y tener en cuenta sus necesidades reales. En los últimos años se han desarrollado instrumentos específicos para la evaluación de necesidades como el *Camberwell Assessment of Need Short Appraisal* (CANSAS) o el *Camberwell Assessment of Need* (CAN, Phelan 1995), o las

expectativas y satisfacción de los usuarios con los servicios (*Carers and Users Expectations of Services-CUES*; Royal Collage of Psychiatrists 2002). La progresiva implantación de instrumentos de evaluación que tengan en cuenta estos aspectos deberá contribuir a una mayor orientación de los mismos hacia objetivos relacionados con la recuperación y la inclusión social.

Un ejemplo relevante de evaluación global de la asistencia a la esquizofrenia teniendo en cuenta necesidades y satisfacción, y a nivel europeo, es el estudio EPSILON (*European Psychiatric Services: Inputs linked to Outcome Domains and Needs*. Becker y cols 1999). Entre los objetivos de dicho estudio estaba el de traducir y adaptar instrumentos de evaluación e investigación para su uso en cinco países europeos (incluyendo España) y el de describir la asistencia que recibían pacientes con esquizofrenia en cinco ciudades, una de cada país implicado en el estudio. El estudio EPSILON obtuvo información, mediante el uso de instrumentos de evaluación estandarizados, acerca de aspectos relevantes como las necesidades de los pacientes, la utilización de servicios y sus costes, la carga familiar, la satisfacción con los servicios y la calidad de vida. Otro ejemplo de tentativa de evaluación global de los resultados asistenciales a la población con enfermedad mental grave es el derivado de la estrategia *Health of the Nation* (British Department of Health 1992-1997) en Gran Bretaña, en cuyo contexto, y con el fin de establecer acciones de mejora en la asistencia a las personas con enfermedades mentales graves, se desarrolló la escala HoNOS (Wing, Curtis, Beevor 1996). Dicha escala tiene como objetivo evaluar de forma global, sencilla y rutinaria (en contextos asistenciales) la situación de salud (mental y física) y de funcionamiento social de las personas con enfermedades mentales graves, y de servir como indicador a nivel local y nacional para evaluar los resultados asistenciales derivados de las diversas acciones e intervenciones realizadas. En la actualidad HoNOS es el instrumento de evaluación de resultados más ampliamente difundido y utilizado en los servicios de salud mental ingleses, y ha sido incorporado al conjunto de datos mínimos que dará lugar al modelo estándar de información procedente del sistema asistencial de salud mental en Inglaterra y Gales.

## Evaluación de los Profesionales

Los trastornos crónicos de salud constituyen ya más de la mitad de la carga global derivada de las enfermedades en el mundo, y serán el principal desafío asistencial de los sistemas de salud del siglo XXI. Y en el caso concreto de la salud mental, el principal recurso asistencial somos las personas, los profesionales. Más allá de los problemas que se derivan de las dificultades del trabajo en equipo, de la multidisciplinariedad, de la aparición de nuevos roles profesionales y la adaptación de los antiguos, de los conflictos de competencias (que a menudo encubren intereses meramente corporativos) la realidad es que va a ser necesario un importante cambio de enfoque en las habilidades necesarias y la formación para afrontar las demandas de un creciente número de personas afectadas por problemas crónicos de salud. La evaluación de los servicios de rehabilitación y atención a la enfermedad mental crónica no puede dejar de lado la evaluación de las capacidades y el desem-

peño de los profesionales que componen dichos servicios, y de las habilidades y competencias necesarias que han de desarrollarse a través de la formación. En este sentido pueden considerarse cinco competencias básicas comunes a cualquier profesional sanitario (Pruitt, Epping-Jordan, 2005):

- Capacidad para desarrollar un estilo de atención centrada en el paciente.
- Capacidad de colaboración.
- Cultura de mejora continua y calidad.
- Habilidades en tecnologías de la información y comunicación.
- Una perspectiva de Salud Pública.

En el contexto particular de la asistencia a la enfermedad mental grave, el cambio del modelo asistencial desde los servicios centrados en la atención hospitalaria a largo plazo a la atención comunitaria, supone un auténtico desafío con respecto a la cualificación y formación del personal asistencial, incluyendo el de los propios psiquiatras. Paradójicamente algunos estudios han detectado una alta proporción de personal carente de formación específica en el campo de la salud mental en los ámbitos asistenciales comunitarios (Senn, 1997). Esto solo puede ser posible en un contexto en el que el papel central de los recursos humanos en la asistencia a la salud mental es minusvalorado y/o en el que las competencias necesarias y relacionadas con los mejores resultados asistenciales no están bien determinadas y evaluadas.

Además de las necesidades de adaptación y de formación, otro de los retos a afrontar por parte de las personas que trabajan en contextos de atención a problemas crónicos de salud es el desgaste profesional. Además de las características inherentes al trabajo con personas con trastornos psiquiátricos graves de curso crónico (necesidad de enfrentar importante incertidumbre, conductas alteradas, demandas poco razonables, falta de evolución), la carencia e inadecuación de los recursos, las dificultades generadas en los propios equipos de trabajo, la falta de claridad en los objetivos y criterios de trabajo, el escaso reconocimiento profesional, contribuyen a generar profesionales quemados, sin entusiasmo, y alejan a los nuevos profesionales del campo de la cronicidad, fuertemente estigmatizado y menospreciado. La evaluación de los factores psicosociales que contribuyen al desgaste de los profesionales será también un elemento clave a considerar para la mejora en el funcionamiento de los servicios y en la calidad de la atención, así como en la satisfacción de los profesionales.

## Evaluación y Calidad

En los últimos años, y es previsible que en los próximos, los modelos de calidad se han impuesto como referente para la evaluación de los servicios en todos los ámbitos asistenciales, sanitarios y sociales, públicos y privados. Es difícil saber si esta «explosión» de calidad ha redundado en una mejora proporcional de la asistencia a las personas afectadas, o es un mero artificio que contenta a gestores y contribuye, aún más, a enmascarar servicios ineficientes y atenciones mejorables. En todo caso, el término calidad no tiene una traducción clara, ni es obvio lo que subyace bajo

su significado. ¿Cuáles son los atributos de calidad de un servicio? ¿Cómo se aplica la mejora continua a un proceso si no se disponen de indicadores fiables y válidos, y mucho menos compartidos por otros servicios similares?

En todo caso la propia OMS ha incluido, dentro de su colección de Guías sobre Políticas y Servicios de Salud Mental un módulo específico sobre Mejora de la Calidad de los Servicios de Salud Mental (Who-OMS, 2007). El documento comienza enunciando que:

*«Concentrarse sobre la calidad ayuda a asegurar que los escasos recursos disponibles se emplean de forma eficiente y eficaz. Sin calidad no habrá confianza en la efectividad del sistema»*

Tal y como se define en dicho documento, una buena calidad implica que los servicios de salud mental deben:

- Preservar la dignidad de las personas con trastornos mentales.
- Proporcionar cuidados, tanto clínicos como no clínicos, aceptados y relevantes, destinados a reducir el impacto del trastorno y a mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales.
- Usar intervenciones que ayuden a las personas con trastornos mentales a afrontar por sí mismas la discapacidad derivada de tales trastornos.
- Hacer un uso más eficiente y efectivo de los escasos recursos de salud mental.
- Asegurar que la calidad de la atención mejora en todas las áreas, incluyendo la promoción de la salud mental, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en atención primaria, así como en los dispositivos residenciales comunitarios, ambulatorios y de internamiento.

La evaluación de la calidad de los servicios requiere de la aplicación de estándares que pueden ser evaluados y monitorizados a través de procesos de acreditación y certificación, como la norma ISO. De una manera más profunda, la calidad se integra en los propios sistemas de gestión a través de los sistemas de gestión global de la calidad, como por ejemplo el modelo europeo de excelencia (EFQM), sistemas de gestión que integran en sí mismos el potencial para el desarrollo de políticas de gestión encaminadas a la mejora continua. Dichos modelos de gestión se están imponiendo de forma progresiva, y han sido adoptados por los diversos sistemas de salud, generando un cambio profundo en los servicios asistenciales y en la manera en como se gestionan.

Al igual que otros ámbitos sanitarios, en el contexto de la atención a la Salud Mental las herramientas de calidad ayudan a orientar sus actuaciones hacia los mejores resultados y a la utilización de las prácticas más eficientes y basadas en evidencia. Con respecto a las personas afectadas por problemas de salud mental, esto implica que los servicios asistenciales deben estar organizados para obtener los mejores resultados. Y con respecto al personal asistencial, los gestores de las organizaciones y los políticos que toman las decisiones, la calidad se expresa en el mejor uso posible de los recursos, o sea, del conocimiento y la tecnología disponibles.

La realidad es que en muchos países los servicios que atienden a las personas con enfermedades mentales afron-



tan su tarea con recursos muy escasos, y la prioridad de la atención a los problemas de salud mental se diluye entre las múltiples necesidades derivadas de otros ámbitos de la salud. En un contexto donde los recursos son en muchos casos insuficientes y la salud mental está emergiendo como una nueva prioridad, la preocupación por la calidad puede parecer prematura o incluso un lujo. La calidad puede parecer más un tema de los sistemas bien organizados y con recursos adecuados, que de los sistemas que están en proceso de constitución. En todo caso, calidad es importante para todos los sistemas de salud mental desde una variedad de perspectivas. Desde la perspectiva de las personas afectadas, la calidad asegura que reciban los cuidados que precisan y que como consecuencia sus síntomas y su calidad de vida mejoren. Desde la perspectiva de las familias, la calidad proporciona apoyo y ayuda a preservar la integridad familiar. Desde la perspectiva de los proveedores de servicios y gestores, la calidad asegura efectividad y eficiencia. Desde la perspectiva de los responsables políticos, la calidad es la clave para mejorar la salud mental de la población, asegurando los resultados más eficientes.

Éstos son los requisitos esenciales para cualquier servicio de salud mental, tanto si el servicio está dando sus primeros pasos con unos recursos mínimos, como si se trata de un servicio sólidamente establecido y con abundantes recursos. La calidad del servicio es importante no sólo para modificar las negligencias del pasado, como fueron los abusos de los derechos humanos en las instituciones psiquiátricas, sino también para asegurar el desarrollo de unos cuidados efectivos y eficientes en el futuro. Cimentar la calidad de los servicios de salud mental, incluso en situaciones de servicios escasos, proporciona una base firme para su futuro desarrollo.

## Estigma. Actitudes de la población, discriminación y enfermedad mental

El estigma y la discriminación constituyen una de las peores consecuencias del padecimiento de una enfermedad mental grave. Adicionalmente, suponen uno de los obstáculos principales para una adecuada asistencia a las personas afectadas y a sus familias. Reconociendo este hecho, la lucha contra el estigma está presente en todos los programas, planes y estrategias de atención a la salud mental. Pero lo cierto es que aunque en los últimos años se han promovido diversas campañas de lucha contra el estigma, tanto a nivel nacional como internacional, su eficacia es poco conocida en cuanto a su capacidad para modificar las creencias y actitudes de la población y contrarrestar las informaciones negativas, especialmente las relacionadas con episodios de violencia y ampliamente difundidas por los medios de comunicación.

Existen algunos estudios internacionales dirigidos a evaluar el impacto del estigma y la discriminación sobre las vidas personales de las personas afectadas por enfermedades mentales. Un ejemplo actualmente en marcha es el *International Study of Discrimination and Stigma Outcomes in Mental Health* (INDIGO), dirigido específicamente a las personas con esquizofrenia, y que abarca a 28 países (*Health Service and Population Research / Community Mental*

*Health. King's College London* 2007). Adicionalmente el estudio recoge información relevante acerca de aspectos como políticas y legislaciones en cada país que puedan afectar a las personas con trastornos mentales. El grupo investigador ha desarrollado una escala específica (*Discrimination and Stigma Scale – DISC*) que es utilizada por los entrevistadores y que evalúa experiencias estigmatizantes en diversas áreas de la vida cotidiana. Muy recientemente se ha publicado una nueva escala desarrollada específicamente para evaluar el estigma que sufren las personas afectadas (*The Stigma Scale. King* 2007) Existen también diversas experiencias de evaluación de la eficacia de intervenciones educativas dirigidas a modificar actitudes de grupos específicos de población, incluyendo policías, estudiantes de secundaria (Pinfold y cols, 2004, 2003) o estudiantes de medicina y residentes de psiquiatría (ASTEC Project, Kassam A 2007).

El estigma es un fenómeno complejo; para contrarrestarlo es necesario disponer de mayor información sobre aspectos como el estigma público, el autoestigma, el impacto del estigma en las familias de las personas con enfermedad mental y sobre la discriminación estructural de las personas con enfermedad mental, especialmente dentro del sistema de atención sanitaria. Carecemos de información sobre los diferentes efectos que el estigma tiene sobre las personas con trastornos mentales diferentes; es poco probable que personas con diversos trastornos se enfrenten a las mismas actitudes estigmatizadoras y reaccionen ante la discriminación de la misma manera. En todo caso, los tres factores fundamentales que sustentan el estigma relacionado con la enfermedad mental son la ignorancia, el prejuicio (actitudes negativas) y las conductas de rechazo y aislamiento (discriminación). Aunque las iniciativas actuales contra el estigma tienen ciertamente buena intención, es necesario más trabajo empírico para conocer cuáles son las mejores estrategias y contenidos para reducir las actitudes y el comportamiento estigmatizador, y en qué grupo diana actuar preferentemente. Necesitamos averiguar si, además de los enfoques públicos, los enfoques psicoterapéuticos podrían apoyar a las personas con enfermedad mental a afrontar mejor el estigma hasta que el estigma público haya disminuido sustancialmente. En este contexto necesitamos también más información sobre la relación entre estigma, emociones como la vergüenza y la autoestima. El estigma público tiene un impacto importante sobre muchas personas con enfermedad mental, especialmente si lleva al autoestigma, y puede interferir con diversos aspectos de la vida, incluido el trabajo, la vivienda, la atención sanitaria, la vida social y la autoestima.

## Conclusión

La rehabilitación psicosocial como modelo asistencial afronta importantes desafíos de cara al desarrollo y transformación de su actividad; sin una constante evaluación de su quehacer no podrá dotarse de la información necesaria para avanzar y para obtener mejores resultados, ni podrá hacerse acreedora de credibilidad a la hora de tomar el liderazgo de la asistencia a las personas que padecen enfermedades mentales graves. Siguen hoy en día vigentes las palabras de Sir Aubrey Lewis:



«Gran parte de la rehabilitación se fundamenta en la fe, la esperanza y las reglas prácticas. Se podría hacer mucho más que eso. Se podrían planear los programas de manera que pusieran de manifiesto los principios que gobiernan la buena rehabilitación y los factores que la restringen. Si uno engancha su carro a una estrella habrá un desgaste de energía que ninguna comunidad podrá en verdad sostener. De ahí la necesidad de definir nuestras metas con cada paciente, y juzgar el éxito de nuestro método por la consecución o no de esa meta...»

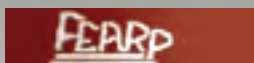
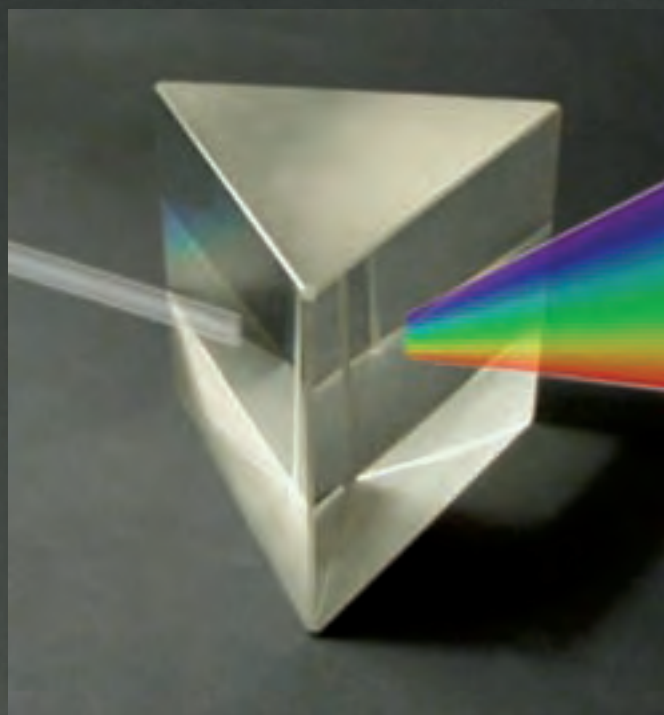
## Bibliografía

- Atlas de Recursos de Salud Mental en el Mundo. OMS 2001
- Becker T, Knapp M, Knudsen HC et al. The EPSILON study of schizophrenia in five European countries. *Br J Psychiatry* 1999; 175:514-21
- Bustillo J, Lauriello J, Horan W et al. The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *Am J Psychiatry* 2001; 158:163-75.
- Carmona, J. y del Río Noriega, F, Eds. Gestión Clínica en Salud Mental. Madrid, Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2009
- Chicharro F, Uriarte JJ. Gestión Clínica y Rehabilitación Psicosocial. Los Nuevos Modelos de Gestión y la Asistencia a la Enfermedad Mental Severa. Interpsiquis. 4.º Congreso Virtual de Psiquiatría
- Davenport S. Ensuring the Community Cares: assessment and evaluation of social care needs in long-term mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment* 2006; 12:45-53
- El Observatorio de Salud Mental de la AEN. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría N.º 93. Enero/Marzo 2005
- Falloon IRH and The Optimal Treatment Project Collaborators. Optimal treatment for psychosis in an international multisite demonstration project. *Psychiatr Serv* 1999; 50:615-8.
- Falloon IRH, Montero I, Sungur M, Mastroeni A, Malm U, Economou M, Gräwe R, and the OTP Collaboration Group. Implementation of evidence based treatment for schizophrenic disorders: two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. *World Psychiatry*. 2004 June; 3(2): 104-109.
- Informe Salud Mental en el Mundo. OMS 2001
- Julian Leff, Noam Trieman, Martin Knapp, Angela Hallam. The TAPS Project: a report on 13 years of research, 1985-1998. *Psychiatric Bulletin* 24: 165-168. 2000
- King M y cols. The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *Br J Psychiatr*. 2007 190:248-254,
- Leff, J. (ed) *Care in the Community: Illusion or Reality?* Chichester. John Wiley and Sons. 1997
- Lehman AF et al. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2003. *Schizophr Bull* 2004, 30: 193-217
- Lehman AF, Steinwachs DM. Translating research into practice: the schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations. *Schizophr Bull* 1998, 24: 1-10
- Lehman AF, Steinwachs DM. Patterns of usual care for schizophrenia. Initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) client survey. *Schizophr Bull* 1998; 24:11-20.
- Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, et al: Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New England Journal of Medicine* 2005. 353:1209-1223
- López A; Muñoz M; Perez E. Evaluación de programas y servicios de rehabilitación psicosocial. En: *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos*. Abelardo Rodríguez (coordinador). Pirámide (Ed). Madrid; 1997
- Mejora de la Calidad de la Salud Mental: Conjunto de Guías Servicios y Políticas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. 2006
- National Institute for Clinical Excellence. Clinical Guideline 1: Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. London: NICE, 2002.
- Phelan M, Slade M, Thornicroft G. et al (1995). The Camberwell Assessment of Need (CAN): the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatr* 167: 589-595
- Rosen A. The Community Psychiatrist of the Future. *Curr Opin Psychiatry* 2006. 19:380-388.
- Rossler W. Psychiatric Rehabilitations Today: a general perspective. *World Psychiatry* 2006. 4:3, 151-157.
- Salvador, L.; Torres, F.; Johnson, S.; Kuhlman, R.; Vázquez-Barquero, J.L.; Beecham, J. Versión española del European Service Mapping Schedule (diagrama Europeo de Servicios). *Archivos de Neurobiología* 1997. 60: 141-150.
- Salvador-Carulla, L. (1999). Routine outcome assessment in mental health research. *Curr Opin Psychiatry*, 12(2), 207-210.
- Salvador-Carulla L, Romero C, Martínez A, Haro JM, Bustillo G, Ferreira A, Gaité L, Jonson S (PSICOST Group). Assessment Instruments: Standardization of the European Service Mapping Schedule (ESMS) in Spain. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (Suppl 405): 24-32
- Senn V, Kendal R, Willetts L, Trieman N. Training Level and Training Needs of Staff. En: *Care in the Community, Illusion or Reality?* Leff J (Ed), 1997
- Simpson E; House A. Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. *BMJ* 2002; 32 5:1265-1270
- Pruitt SD, Epping-Jordan JE. Preparing the 21st century global healthcare workforce. *BMJ* 2005; 330; 637-639
- The Cochrane Database of Systematic Reviews ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org))
- Thornicroft G, Susser E. Evidence-based psychotherapeutic interventions in the community care of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2001;178:2-4
- Thornicroft G, Tansella M. *Mental Health Matrix: A manual to improve services*. University of Cambridge Press, 1999. (Edición Española, Triacastella 2005)
- Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry*. 2004 Nov;185:440
- Thornicroft G. *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford University Press, 2007
- Thornicroft G, Tansella M, Law A. Pasos, retos y lecciones en el desarrollo de servicios comunitarios de atención de salud mental. *World Psychiatry* (ed en español), Vol 6, N.º 2. 2008
- Wing JK, Curtis RH, Beevor AS (1996). HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales. Report on Research and Development. London: Royal College of Psychiatrists.
- World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Services (WHO-AIMS). World Health Organization 2005. En: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/WHO-AIMS/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/index.html)
- World Health Organization: Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental (OPS/OMS) Mejora de la calidad de la salud mental. OMS 2007





ISBN 978-84-614-1605-9



JUNTA DE EXTREMADURA

