

# Características psicopatológicas y de funcionamiento social en personas con trastorno mental grave: un estudio descriptivo

Daniel Navarro y Olga Carrasco

Fundación de Castilla-La Mancha para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental. FISLEM. Toledo. España

## RESUMEN

**Introducción.** El propósito del estudio es explorar las características psicopatológicas y de funcionamiento social en una muestra de pacientes con trastorno mental grave que viven en la comunidad.

**Método.** Se obtuvo información de 441 pacientes atendidos en los Centros de Rehabilitación Psicossocial y Laboral de FISLEM, mediante la utilización de tres instrumentos: SAPS sobre los síntomas psicóticos positivos, SANS sobre los síntomas psicóticos negativos y el EVDP sobre funcionamiento social. Se utilizaron análisis descriptivos y correlacionales para determinar las dimensiones clínicas y de funcionamiento.

**Resultados.** Los problemas más prevalentes se encuentran en el funcionamiento social. Se observaron correlaciones significativas ( $p < 0,01$ ;  $p < 0,05$ ) pero modestas entre la psicopatología y diferentes dominios del funcionamiento. Se encontraron patrones de relaciones entre variables psicopatológicas y sociodemográficas indicativas de perfiles típicos de presentación del trastorno.

**Conclusiones.** El deterioro en el funcionamiento es una medida importante en los estudios sobre el trastorno mental grave, en su tratamiento y en la definición de la recuperación del trastorno. Combinar la evaluación y el tratamiento de la psicopatología y funcionamiento social resulta vital en todas las fases del trastorno y contribuiría a mejorar la calidad asistencial de los pacientes con trastornos mentales graves.

## PALABRAS CLAVE

Funcionamiento social, psicopatología, trastorno mental grave, atención comunitaria.

## Psychopathological variables and social functioning in persons with severe mental disorders: a descriptive study

### ABSTRACT

**Introduction.** To explore the relationship between psychopathological variables and the social functioning

in a sample of patients with severe mental disorders who are living in the community.

**Method.** Information of 441 patients attended in the psychosocial rehabilitation centres of FISLEM was obtained, with the use of three instruments: SAPS on positive psychotic symptoms, SANS on negative psychotic symptoms and the EVDP on social functioning. Descriptive and correlation analyses were used to determine the clinic and functional dimensions.

**Results.** The most prevalence problems are in functioning, skills and supports. Statistical significant but modest correlations ( $p < 0,01$ ;  $p < 0,05$ ) were observed between psychopathology and dimensions of social functioning. Patterns of relations between psychopathological variables and socio-demographic variables show types of profiles of the disorder.

**Conclusions.** Disturbances of social functioning are an important measure in studies of the severe mental disorders, its treatment and the definition of recuperation. To combine the evaluation and the treatment of psychopathology with social functioning is vital in all the stages of the disorder and would contribute to improve the quality of care for patients with severe mental disorders.

### KEY WORDS

Social functioning, psychopathology, severe mental disorders, community care.

## Introducción

La atención a personas con trastornos mentales graves (TMG) y duraderos se ha configurado como uno de los problemas más importantes con los que se enfrentan los sistemas públicos y de atención en nuestros días, tanto por la magnitud del fenómeno como por la gravedad de las consecuencias personales y sociales derivadas del mismo. En nuestro país y en el mundo entero se han diseñado estrategias y planes de actuación específicos para el abordaje del TMG<sup>1</sup>.

Teniendo en cuenta la magnitud del problema, son muchas las instituciones, asociaciones y profesionales que han dedicado sus esfuerzos a este campo trabajan-

Correspondencia: D. Navarro [dnavarro@jccm.es](mailto:dnavarro@jccm.es)

do desde diferentes ámbitos. Así, se ha producido en los últimos años un impulso determinante de las actuaciones sanitarias y sociales con la creación de centros de tratamiento y rehabilitación de personas con TMG.

Pero en la actualidad y tras más de 20 años de la Reforma Psiquiátrica los servicios de salud mental de nuestro país se enfrentan a retos importantes<sup>2,3</sup>. Así, el concepto de enfermedad ligada al diagnóstico (p. e. esquizofrenia) como objeto de tratamiento está variando. No sólo por argumentaciones técnicas de peso en relación a la escasa fiabilidad, validez y utilidad de las categorías diagnósticas actuales, sino sobre todo porque es necesario buscar una definición sobre la que se base la atención más integral y completa posible. Por otro lado, está el polimorfismo que caracteriza a la enfermedad mental en la que se encuentran marcadas variaciones en la estructura de los síntomas, en las formas de inicio, el modo de presentación, las formas de evolución y la respuesta a los tratamientos, lo que debe condicionar tanto el curso evolutivo de los pacientes como de los servicios, que deben evitar rigideces y adaptarse a las necesidades múltiples e integrales de la variedad de perfiles.

En relación a este campo de intervención se sitúan los trabajos dedicados al estudio de las características clínicas y asociadas a los trastornos mentales graves y duraderos, que cuentan con algunos problemas asociados. En primer lugar es necesario considerar el carácter heterogéneo del TMG y las diferencias en los patrones evolutivos tanto en síntomas como en funcionamiento. En segundo lugar es importante recordar que nos encontramos ante una gran cantidad de factores y variables que afectan a diferentes áreas del individuo (la clínica, la social, la familiar y la personal) y que aunque se han descrito patrones genéricos es necesario analizarlos en cada contexto y ponderar el peso de cada variable en la explicación del fenómeno con el objetivo de adecuar los programas de intervención. Así pues solo a través de estudios que indiquen las dimensiones socio-sanitarias del TMG, sus características más definitorias y las variables asociadas a las necesidades se pueden obtener datos fiables que ayuden a la organización de las intervenciones y los recursos.

## Definición de TMG

En la actualidad y desde el comienzo de los procesos de reforma psiquiátrica y desistitucionalización se mantiene el debate a cerca de los factores a tener en cuenta para definir la enfermedad mental grave. Criterios como diagnóstico, años de tratamiento, número de ingresos, deterioro psicosocial, etc., han sido utilizados para incluir a pacientes en programas intensivos de tratamiento y rehabilitación en salud mental. Sin embargo, se ha ido creando un consenso sobre el concepto de TMG entre profesionales y afectados para considerar una definición multidimensional, integradora y que vaya más allá de la consideración diagnóstica como único o principal criterio.

Ya hace casi 30 años Godman, Gatozzi y Taube<sup>4</sup> (1981) recogieron esta necesidad estableciendo una definición para la enfermedad mental crónica: «personas que sufren trastornos mentales severos y persistentes que interfieren en sus capacidades funcionales de la vida diaria como el autocuidado, las relaciones sociales y el trabajo y que a menudo precisan atención hospitalaria o tratamientos psiquiátricos prolongados». Esta definición sentaba las bases para establecer unos criterios operativos de la gravedad y tener en cuenta no solo los criterios de la sintomatología psiquiátrica, sino también las áreas deterioradas y las formas evolutivas en las que se expresa el trastorno.

Así, en todos los planes de atención de las Comunidades Autónomas de nuestro país y en los planes nacionales se define el TMG desde un enfoque integral que sitúa a la enfermedad mental en el centro de un proceso asistencial global que contempla sus características y necesidades psicopatológicas, psicosociales, evolutivas y asistenciales. El esfuerzo por cambiar el enfoque o la mirada hacia el TMG supone un esfuerzo por cambiar la cultura asistencial actual hacia una nueva concepción de la enfermedad mental. Supone ordenar los recursos y optimizar su eficacia adaptándolos a las necesidades reales de los pacientes mejorando sus intervenciones. En el cuadro 1 se describen las concepciones más aceptadas de TMG en nuestro país y en nuestra Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha<sup>5</sup>.

CUADRO 1. Definición de TMG en diferentes documentos de planificación en salud mental de España

AEN (2002) <sup>3</sup>	IMSERSO (2007) <sup>2</sup>	Castilla-La Mancha (2008) <sup>5</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico. Prioridad en psicosis funcionales.</li> <li>• Duración. Duración de 2 años en tratamiento.</li> <li>• Discapacidad. Autocuidados, autonomía social y laboral, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre, funcionamiento cognitivo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico. Esquizofrenia, grupo de trastornos psicóticos, trastorno bipolar y afectivos mayores.</li> <li>• Síntomas. Delirios, alteraciones del estado de ánimo, alucinaciones, alteraciones neurocognitivas, problemas de conducta y de control de impulsos, síntomas negativos.</li> <li>• Restricciones en la participación, relaciones sociales, acceso a servicios comunitarios, tiempo libre, funcionamiento laboral, participación activa en la sociedad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnóstico. Esquizofrenia, psicosis funcionales, trastorno de personalidad esquizoide y paranoide, T. bipolar y depresiones graves.</li> <li>• Discapacidad moderada-severa en áreas de funcionamiento personal, social, y laboral.</li> <li>• Abordaje socio-sanitario complejo.</li> <li>• El cuadro clínico y funcional persiste durante al menos 6 meses.</li> </ul>

Sin embargo y a pesar del consenso para establecer definiciones que permitan trazar un continuo con la intervención desde un punto de vista integrador y multidimensional, no suele ser este el acercamiento que se hace para el abordaje de personas con TMG, en donde todavía existe una separación artificial de las intervenciones consideradas como preventivas, de tratamiento y rehabilitación. Esta visión integradora se tiene poco en cuenta desde la investigación, predominando estudios que recogen a sujetos agrupados en un diagnóstico o en función de momentos evolutivos de la enfermedad en lugar de en las categorías mostradas en el cuadro 1.

Merece la pena destacar algunos estudios que se han llevado a cabo con el objetivo de enfatizar una visión dimensional sobre la enfermedad mental y describir las características psicopatológicas y funcionales asociadas al TMG. Así Peralta, Cuesta y De León<sup>6</sup> encontraron un modelo tetradimensional de los síntomas de la esquizofrenia evaluados con las escalas SAPS y SANS en una muestra de 253 pacientes. Las dimensiones encontradas fueron: positiva (incluía alucinaciones y delirios), negativa (embotamiento afectivo, alogia, abulia y apatía), desorganizada (trastorno formal del pensamiento y afecto inapropiado) y disfunción social (capacidad para sentir intimidad y relaciones con amigos y compañeros).

Los síntomas negativos han demostrado ser más estables que los positivos y responden peor al tratamiento<sup>7</sup>. Además, son numerosas las investigaciones que encuentran que los síntomas negativos son la causa principal de alteración funcional, social y laboral<sup>8</sup>, así como predictores de unos peores resultados del tratamiento y de un curso progresivo de deterioro. Así mismo, el grupo de síntomas negativos parece que es independiente en cuanto a su naturaleza y evolución de las ideas delirantes, alucinaciones o desorganización conductual<sup>9</sup> y su presencia en fases estables de la enfermedad serán determinantes en la evolución, las habilidades, ajuste socio familiar y calidad de vida de la persona<sup>10</sup>.

En un estudio<sup>11</sup> usaron las escalas SAPS y SANS y encontraron que los síntomas negativos estaban significativamente relacionados con el 70% de las alteraciones en el funcionamiento social. Recientemente Vila, Ochoa y Haro<sup>12</sup> encontraron que la psicopatología y el funcionamiento en los autocuidados, las relaciones sociales y las conductas de autonomía son dimensiones relacionadas y fundamentales para comprender las necesidades de los pacientes que viven en la comunidad.

También merece la pena destacar los estudios que evalúan las necesidades de pacientes con TMG desde un punto de vista descriptivo y fenomenológico. Navarro y Contreras<sup>13</sup> hicieron un estudio descriptivo de las necesidades clínicas, de habilidades y soportes en una muestra de pacientes con TMG que vivían en la

comunidad. Encontraron que los principales problemas eran, por este orden, los relacionados con la falta de habilidades sociales y de la vida diaria, la falta de soportes socio-familiares y la presencia de síntomas clínicos positivos. El área de soportes socio-familiares era la que presentaba mayores dificultades para poder cubrirse desde una red asistencial estándar.

El objetivo de este estudio es analizar las características psicopatológicas y de funcionamiento psicosocial de una muestra de personas con TMG considerando los modelos dimensionales de los síntomas psicóticos (positivo y negativo) y las principales variables de desempeño psicosocial afectadas en el trastorno. Además se realizará un estudio detallado a través de las variables demográficas y su relación con las variables clínicas y psicosociales para encontrar patrones típicos de presentación del trastorno en la comunidad.

## Material y método

### Sujetos del estudio

La muestra total de este estudio contó con 441 sujetos con TMG tratados en los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral (CRPSL) de las diferentes provincias de Castilla-La Mancha entre 2006 y 2007. Los sujetos cumplían los criterios de admisión en los CRPSL publicados en los documentos de gestión técnica de la Fundación FISLEM de Castilla-La Mancha<sup>14</sup>: a) presentar una enfermedad mental grave con deterioro en el funcionamiento psicosocial y en la integración socio-laboral, b) seguir tratamiento y ser derivado por los servicios de salud mental de la comunidad, c) tener entre 18 y 65 años, d) residir en Castilla-La Mancha, e) no estar en situación de crisis o grave descompensación psicopatológica, f) no presentar psicopatología causada por enfermedades orgánicas.

Se evaluó a los sujetos en el momento de la derivación, es decir en los primeros contactos con el CRPSL. La adopción de este último criterio respondió al objetivo de contar con una muestra de pacientes representativos que son derivados a un CRPSL, y tratar de mostrar cuadros clínicos «reales», tal y como aparecen en el primer momento de la práctica asistencial cotidiana en rehabilitación.

La edad media era de 38,9 años y había un porcentaje de 62% de hombres y 38% de mujeres. El 16,5% no había tenido ingresos psiquiátricos previos y el 83,5% si los había tenido, siendo la media por usuario del número de ingresos hospitalarios anteriores de 3,2. Los diagnósticos más prevalentes eran los trastornos del espectro esquizofrénico y psicosis funcionales (63,6%), seguidos de los trastornos de la personalidad (13,1%), los bipolares (12,6%), los depresivos (4%) y los trastornos de

ansiedad (2%). La media de años de evolución fue de 12,6.

El tratamiento seguido desde los servicios de salud mental en el año anterior a la derivación fue solo farmacológico para el 79,5% de los sujetos y farmacológico combinado con alguna forma de psicoterapia para un 20,5% de los sujetos.

En cuanto a la situación laboral, el 10,8% estaba parado, el 46,9% era pensionista (siendo las pensiones no contributivas las más frecuentes) el 35,7% no tenía trabajo ni estaba inscrito en el paro como demandante de empleo y tan solo un 6,6% estaba trabajando en el momento de la derivación al CRPSL.

### *Medidas de evaluación*

Las variables e instrumentos de medida utilizados para en el estudio fueron:

- La sintomatología se evaluó mediante la Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos y Escala para la Evaluación de Síntomas Positivos. (SANS y SAPS). Instrumentos complementarios para la evaluación de la gravedad de la sintomatología de pacientes con esquizofrenia u otros trastornos psicóticos y respuesta al tratamiento. La SANS consta de 30 ítems y evalúa en una escala (0-5) la gravedad de los síntomas negativos, en cinco categorías: embotamiento de la afectividad, alogia, abulia –apatía, anhedonia– insociabilidad y deterioro de la atención. La SAPS es un instrumento de 34 ítems que valoran en una escala (0 a 5) la gravedad de los síntomas psicóticos positivos. Evalúa las alucinaciones, delirios, comportamiento extravagante y alteraciones formales del pensamiento. Éstas escalas se cumplimentaron por parte del psicólogo/a del CRPSL.
- El funcionamiento psicosocial general se evaluó a través de la Escala de Valoración del Desempeño Psicosocial. (EVDP). Escala utilizada como protocolo de evaluación del funcionamiento en los CRPSL y que evalúa el grado de autonomía y desempeño en diferentes áreas de funcionamiento de la persona con TMG. La escala se divide en tres áreas generales: 1) Competencia personal: recoge información acerca de las siguientes áreas: autocuidados, hábitos de vida saludables, afrontamiento personal y social, capacidades cognitivas, autonomía básica, autonomía social, capacidad laboral y relación con el tratamiento; 2) Soportes sociales: recoge información acerca de la red de apoyo (soportes informales y soportes institucionales) y 3) Aspectos clínicos, incluye información sobre evolución clínica, número de ingresos, funcionamiento premórbido y nivel intelectual. En cada

área se evalúa el nivel de desempeño con puntuaciones que oscilan en cinco categorías, desde el nivel máximo que puntúa 0 (semejante al de una persona sin discapacidades apreciables), hasta el nivel mínimo con una puntuación de 4 (nivel muy deficitario, propio de una persona con un deterioro muy grave). La valoración se refiere al período temporal de funcionamiento en cada ítem durante el último mes. La información se recoge por parte de los profesionales del CRPSL que participan en la evaluación del usuario siendo la puntuación total obtenida el resultado de la integración de las valoraciones de los diferentes profesionales, contextos y fuentes de evaluación. Se hizo un análisis para comprobar la consistencia interna de la escala con 308 sujetos de la muestra, en el que se obtuvo una alfa de Cronbach de 0,89. Todos los ítems de la escala se mostraron adecuados para la escala y con un índice alto de fiabilidad interna.

- Por último, para la recogida de los datos socio-demográficos y generales, se empleó un inventario para el registro de variables socio-demográficas: edad, sexo, diagnóstico principal, años de evolución de la enfermedad, ingresos psiquiátricos, tipo de seguimiento desde la Unidad de Salud Mental (USM) y situación laboral en el momento de la derivación.

### *Contexto de atención*

Con la finalidad de enmarcar los resultados del estudio se expone el contexto general de atención de los CRPSL. La recogida de datos de la muestra de pacientes se llevó a cabo en los 19 Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de Castilla-La Mancha repartidos en las cinco provincias (Toledo, Ciudad Real, Albacete, Guadalajara y Cuenca). Los CRPSL atienden a una media anual de 1.600 pacientes, con una media de derivaciones al año de 300 personas. Se conciben como centros de día, especializados en el diseño de planes individualizados de rehabilitación y orientados a la recuperación de personas con Trastorno Mental Grave (TMG). El objetivo general de los centros es apoyar a las personas con TMG a mejorar sus habilidades y recursos personales para que puedan funcionar con mayor éxito en el medio comunitario donde vayan a vivir, con la máxima autonomía y calidad de vida posible.

En los CRPSL la atención se organiza a través de un proceso asistencial secuenciado en varias fases. Una vez que el usuario es derivado desde los servicios de salud mental correspondientes, la atención se inicia a partir de una evaluación pormenorizada del usuario, la familia y su entorno, que facilita la obtención de la información necesaria para la elaboración

de un Plan Individualizado de Rehabilitación. Las intervenciones psicosociales que se desarrollan se dirigen a la recuperación funcional de las personas: entrenamiento en habilidades para la vida independiente, entrenamiento en habilidades sociales, adquisición de hábitos saludables, afrontamiento y manejo de la enfermedad, rehabilitación cognitiva, facilitación del desempeño de roles en la comunidad, atención familiar mediante psicoeducación y entrenamiento de estrategias de comunicación, adquisición de hábitos ocupacionales y laborales, actividades de apoyo y soporte social.

Todos los CRPSL de Castilla-La Mancha se integran desde el año 2002 en la Fundación Socio-Sanitaria para la Integración Socio-Laboral del Enfermo Mental (FISLEM) encargada de poner en marcha, coordinar y gestionar recursos de rehabilitación psicosocial y laboral dentro de la red pública de atención para personas con enfermedad mental. Los ámbitos de actuación de la Fundación son la rehabilitación psicosocial y laboral, los programas de apoyo y socialización, los programas residenciales, las alternativas de integración laboral, la coordinación de distintas iniciativas y programas de ámbito asociativo y el desarrollo de actividades de formación e investigación. Los patronos son las Consejerías de Salud y Bienestar Social, Trabajo y Empleo, el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) y la Federación de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental de Castilla-La Mancha (FEAFES C-LM). En la tabla 1 están los recursos de FISLEM a fecha diciembre de 2009.

Desde la Fundación se pretende disponer de un abanico de alternativas que van desde tratamientos reabi-

litadores hasta dispositivos de apoyo social. Después de 8 años, FISLEM se ha consolidado como una red de recursos socio-sanitarios integrados en el servicio público de salud mental, con una oferta específica de programas para las personas con enfermedad mental y sus familias.

## Procedimiento

Cada CRPSL cumplimentó las medidas teniendo en cuenta la situación clínica y de funcionamiento psicosocial en la que se encontraban los usuarios derivados durante los años 2006 y 2007, en el momento del primer contacto con los profesionales, antes del diseño del Plan Individualizado de Rehabilitación y de iniciar la intervención a través de programas de rehabilitación en el centro.

La recogida de datos se llevó a cabo por el equipo multidisciplinar del CRPSL compuesto por: psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional, técnicos de inserción socio-laboral y monitores. Los instrumentos empleados forman parte del protocolo de evaluación general del CRPSL que incorpora medidas clínicas y de funcionamiento personal, familiar y social. Para obtener la información necesaria se tuvieron en cuenta varias fuentes: entrevista de primer contacto con el usuario y/o familia en el momento de la derivación al centro, información aportada por el dispositivo de salud mental derivante, información disponible en los informes clínicos y sociales y por último observación directa del usuario a través de su participación en las actividades destinadas a la incorporación y acogida en el centro.

TABLA 1. Programas de rehabilitación para personas con enfermedad mental de la Fundación FISLEM

	N.º de dispositivos	Plazas
<b>Área de rehabilitación psicosocial y laboral</b>		
– Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral	19	1.240
– Programa PRIS	16	255
<b>Área residencial</b>		
– Viviendas supervisadas	28	151
– Residencias	4	128
<b>Programa de integración laboral</b>		
– Centros de Formación y empleo	13	250
– Centros especiales de empleo CEE	9	338 contratos 133 con enfermedad mental
– Programa de empleo con apoyo	10	475 orientados (90 con enfermedad mental)
		237 contratos (62 con enfermedad mental)
<b>Programa de ocio y tiempo libre</b>		400

En previsión de crear 2 residencias en 2010 con 80 plazas más.  
El programa PRIS y de empleo con apoyo son número de profesionales.  
Datos de los CEE del año 2008.

## Resultados

### Características psicopatológicas

En la tabla 2 se muestran los resultados en la escala de síntomas positivos. El tipo de síntomas que aparece en mayor porcentaje es el de ideas delirantes (25,1%), siendo más prevalente los delirios de referencia (18,4%) y persecución (13%). Teniendo en cuenta que el 63,6% de la muestra son personas con esquizofrenia, estos resultados son coherentes con los encontrados en estudios previos en los que se muestra que el tipo de creencia delirante más frecuente en personas con esquizofrenia es la persecutoria, seguida de cerca por las creencias negativas extremas sobre el yo y creencias espectaculares de poderes<sup>15,16</sup>. El 16,4% de los pacientes presentan alucinaciones, siendo las auditivas (18,9%) las más prevalentes y el 12,1% en forma de voces que comentan y conversan (7,1%). El resto de síntomas alucinatorios se distribuyen en porcentajes más o menos similares sin que pueda considerarse muy

prevalentes de la muestra estudiada. Estudios previos son consistentes con estos resultados, describiendo las voces que dan órdenes o comentan acciones como las más frecuentes en las personas con esquizofrenia.

Por último, los porcentajes de pacientes que presentan comportamientos extravagantes y trastornos formales del pensamiento (factor o síndrome dimensional según la agrupación de síntomas propuesta por Peralta, Cuesta y De León<sup>6</sup>), en general son bajos (16% y 15,5%). Encontramos en ésta dimensión una mayor prevalencia de los síntomas en el comportamiento social (14,4%), descarrilamiento (11,5%) y distractibilidad (11,1%).

En general la prevalencia de síntomas positivos es baja en la muestra estudiada, apareciendo en el caso de las alucinaciones casi en porcentajes similares a los que se han identificado en poblaciones no clínicas. Tien<sup>17</sup> tras analizar datos de 18.000 personas, calculó que entre el 11 y el 13 % de la población normal había experimentado alucinaciones en algún momento de su vida (comparación que hay que tomar con reservas ya

TABLA 2. Síntomas positivos. Puntuaciones de la SAPS

Área	N <sup>1</sup>	Porcentaje de sujetos con puntuación de gravedad <sup>2</sup>	Prevalencia de cada síntoma <sup>2</sup>
Alucinaciones	390	16,4%	Auditivas: 18,9% Voces que comentan: 12,1% Voces que conversan: 7,1% Cenestésicas: 1,8% Olfatorias: 0,8% Visuales: 5%
Ideas delirantes	395	25,1%	Persecución: 13% Celos: 3,3% Culpa o pecado: 3,6% Grandeza: 6,1% Religioso: 4,8% Somático: 5,8% Referencia: 18,4% Control: 7,1% Lectura de pensamiento: 7,1% Difusión de pensamiento: 4% Inserción de pensamiento: 4,3% Robo de pensamiento: 4,8%
Comportamiento extravagante	394	16%	Vestido y apariencia: 8,9% Comportamiento social: 14,4% Comportamiento agresivo y estereotipado: 10,1% Comportamiento repetitivo: 10,3%
Trastornos formales del pensamiento	392	15,5%	Descarrilamiento: 11,5% Tangencialidad: 10,6% Incoherencia: 7% Ilogicidad: 9,6% Circunstancialidad: 9,6% Presión del habla: 4,4% Distractibilidad: 11,1% Asociaciones fonéticas: 2,6%

<sup>1</sup> Se recoge el número de sujetos de los que fue posible cumplimentar la escala.

<sup>2</sup> Se recoge el número de sujetos con una puntuación de gravedad > 3 en cada área psicopatológica global y en cada síntoma específico.

que se refiere a síntomas de muestra no clínica en gravedad, frecuencia e interferencia de las alucinaciones). Teniendo en cuenta las características de la muestra descrita en la que el 79,5% de las personas sólo ha recibido tratamiento farmacológico en el momento de la derivación al CRPSL, podemos afirmar que la prevalencia de síntomas positivos escasa se deba a una buena respuesta a tratamiento farmacológico, por lo que los pacientes derivados son aquellos que presentan síntomas positivos atenuados por el tratamiento y que por lo tanto se encuentran en una fase sintomática residual.

En cuanto al porcentaje de personas con puntuaciones de gravedad en síntomas negativos (Tabla 3), en general se muestran porcentajes significativamente mayores que los hallados en la dimensión de síntomas positivos (20% en Alogia, 26,4% en pobreza afectiva, 41% en Abulia-apatía, 42,6% en Anhedonia-Insociabilidad y 21% en Atención). De todos ellos, destacamos el área sintomática de Anhedonia-insociabilidad (42,6%) en el que se observa mayor porcentaje de personas, y dentro de éste, la prevalencia de los síntomas es significativamente mayor en falta de intereses y actividades recreativas (39,4%) y en relaciones con amigos y semejantes (41%). Teniendo en cuenta que la des-

cripción de la muestra de participantes se caracteriza por ser pacientes con más de 12 años de evolución, estos resultados podrían ser coherentes con los encontrados en algunos estudios previos<sup>16</sup> que demuestran como las tasas de pacientes con síntomas negativos en el primer ingreso es inferior (4%) a los pacientes más crónicos (15%) y en ancianos (37%). Sin embargo, es difícil precisar datos exactos acerca de la prevalencia de síntomas negativos en los diferentes momentos evolutivos de la enfermedad ya que existe variabilidad en los resultados encontrados en otros estudios en los que se identifican síntomas negativos con prevalencia más elevada en el curso inicial de la psicosis<sup>18</sup>, sugiriendo que podrían estar presentes desde el momento inicial de la enfermedad. Por otra parte a pesar de que en la muestra descrita el 63,6% de los pacientes tienen diagnósticos de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, los síntomas negativos constituyen un componente integral de la esquizofrenia pero no son exclusivos de éstos, pudiendo estar presentes en otros grupos como puede ser los pacientes con trastornos afectivos, de ahí que el porcentaje de personas con síntomas negativos pudiese ser superior dado que la muestra incluye diferentes condiciones clínicas tal y como se conceptualiza

TABLA 3. Síntomas negativos. Puntuaciones de la SANS

Área	N <sup>1</sup>	Porcentaje de sujetos con puntuación de gravedad <sup>2</sup>	Prevalencia de cada síntoma <sup>2</sup>
Alogia	401	20%	Pobreza del lenguaje: 21% Pobreza de contenido: 18% Bloqueo: 14,6% Latencia de respuesta: 14,6% Valoración subjetiva: 12,4%
Pobreza afectiva	392	26,4%	Expresión facial inmutable: 15,7% Movimientos espontáneos disminuidos: 16,6% Escasez de ademanes expresivos: 18,1% Escasez de contacto visual: 19,1% Ausencia de respuesta afectiva: 18,3% Incongruencia afectiva: 11,7% Ausencia de inflexiones vocales: 10,8% Quejas subjetivas de vacío emocional: 15,9%
Abulia-apatía	393	41%	Aseo e higiene: 20,4% Falta de persistencia en trabajo o escuela: 34% Anergia física: 32% Quejas subjetivas de apatía: 37%
Anhedonia	394	42,6%	Falta de intereses y actividades recreativas: 39,4% Falta de actividad e interés sexual: 29,7% Incapacidad para sentir intimidad y proximidad: 27,8% Relaciones con amigos y semejantes: 41% Conciencia subjetiva <sup>3</sup>
Atención	389	21%	Distracción social: 21% Falta de atención en test de estado mental: 15% Quejas subjetivas: 20,8%

<sup>1</sup> Se recoge el número de sujetos de los que fue posible cumplimentar la escala.

<sup>2</sup> Se recoge el número de sujetos con una puntuación de gravedad > 3 en cada área psicopatológica global y en cada síntoma específico.

<sup>3</sup> Este ítem solo se pudo extraer de 35 sujetos debido a un error en la transcripción de la escala y no se muestra su valor por considerarlo poco significativo en relación a la N total.

el TMG. Por último, la presencia de un porcentaje mayor de personas con síntomas negativos podría deberse a diversos factores más allá de la propia categoría diagnóstica como a los efectos secundarios de la medicación, la presencia de síntomas depresivos y apatía o ser síntomas secundarios a los propios síntomas positivos, como el aislamiento social secundario a las ideas delirantes de perjuicio. Los síntomas más prevalentes que se han encontrado en la falta de intereses y actividades recreativas o las relaciones con amigos y semejantes podrían estar asociados además al propio rechazo social que sufren algunos de los pacientes como consecuencia del estigma social presente y sugerir mecanismos adaptativos frente a la falta de habilidades de afrontamiento personal y social. Los porcentajes encontrados no son muy elevados pero no se han de minusvalorar ya que la presencia de ellos en los pacientes son extremadamente discapacitantes, en ocasiones se relaciona como causa frecuente de ansiedad y depresión, contribuyendo a la persistencia de estos síntomas a las dificultades para la integración social y laboral.

## Características de funcionamiento social

El estudio de la clínica negativa refleja resultados globales y no facilita el análisis molecular de las conductas propio de la rehabilitación psicosocial. Para ello se hizo un análisis de las características de funcionamiento psicosocial arrojando resultados interesantes (Tabla 4). Por un lado los mayores porcentajes de deterioro se sitúan en el área de afrontamiento personal y social (72,5% en autocontrol y afrontamiento de estrés, 54,2% en habilidades sociales y 72,5% en solución de problemas). Los pacientes que acceden a los CRPSL tendrían importantes dificultades de afrontamiento personal y social, lo cual resulta coherente con el enfoque marco de la intervención desde el CRPSL de la vulnerabilidad-estrés como modelo que subraya la importancia de los elementos individuales de vulnerabilidad psicobiológica, que en interrelación con variables personales y ambientales va a modular el curso del trastorno mental. Tal y como se podría esperar, un porcentaje elevado de los pacientes derivados al CRPSL van a requerir de intervenciones psicosociales dirigidas a la mejora del afrontamiento de la enfermedad, de sus actitudes hacia los síntomas, hacia las dificultades asociadas, o la mejora de la adaptación a su entorno como áreas de intervención que se muestran fundamentales. Otras áreas de funcionamiento en las que se muestran porcentajes de deterioro igualmente significativos o descriptivos es en el área laboral (81% en situación laboral, 62,3% en capacidad laboral y 56,8% en motivación laboral), manejo del ocio (75%), redes

sociales (80%), actividad principal (58%), soporte familiar (51,7%), integración en recursos comunitarios (67,5%). En estas áreas aparecen porcentajes de pacientes con deterioro más elevados que en otras áreas como autocuidados (33,3% en higiene personal, 27% en vestido y 37,2% en alimentación) hábitos de vida saludables (33,8% en hábitos de vida saludables, 38,1% en estructuración del sueño y 11% en consumo de sustancias tóxicas) o capacidades cognitivas (habilidades cognitivas básicas 27,2%, procesamiento de la información 24,7% y capacidad de aprendizaje 19,7%). Un aspecto destacable es que el porcentaje de pacientes con deterioro en las capacidades cognitivas es bajo, en estudios previos se demuestra cómo la mejora en el funcionamiento psicosocial correlaciona de forma negativa con el deterioro en el funcionamiento cognitivo<sup>19</sup>, por lo que un porcentaje importante de personas podrían tener mayores posibilidades de recuperación.

## Comparaciones y correlaciones entre variables psicopatológicas, sociodemográficas y de funcionamiento

Para encontrar relaciones entre las variables estudiadas se llevaron a cabo comparaciones de grupos y correlaciones mediante las pruebas de *t* de Student, Kruskal-Wallis (debido a la falta de homogeneidad de varianzas), correlación de Pearson y tablas de contingencia para comparar grupos de variables nominales. Se utilizó el programa estadístico SPSS 12.1.

Para realizar los análisis comparativos de los diagnósticos se excluyeron los grupos que tuvieran menos de 15 sujetos, quedando agrupados todos los sujetos en los grupos diagnósticos siguientes: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, depresión mayor y trastorno de la personalidad.

Se han encontrado correlaciones significativas entre la edad y los años de evolución ( $r = 0,59$ ,  $p < 0,001$ ), y entre el número de ingresos anteriores y la edad ( $r = 0,21$ ,  $p < 0,005$ ) y los años de evolución ( $r = 0,28$ ,  $p < 0,001$ ), aunque estas últimas tienen una asociación pequeña. Se han encontrado diferencias en la edad entre los hombres y las mujeres teniendo las mujeres más edad que los hombres (media hombres = 38, media mujeres = 40,4;  $t = -2,45$ ;  $p < 0,05$ ). No se han encontrado diferencias de género en los años de evolución ni en el número de ingresos psiquiátricos anteriores.

No se encontraron diferencias con la prueba de Kruskal-Wallis en el diagnóstico en relación a los años de evolución ( $\chi^2 = 1,83$ ,  $p = 0,7$ ) ni en la edad ( $\chi^2 = 5,1$ ,  $p = 0,2$ ). Sin embargo si se encontraron diferencias en los diagnósticos en relación al número de ingresos anteriores, siendo las personas con diagnóstico de trastorno

TABLA 4. Funcionamiento psicosocial. Puntuaciones en la Escala de Desempeño Psicosocial.

Área de funcionamiento	N <sup>1</sup>	Porcentaje de sujetos con deterioro <sup>2</sup>
<b>AUTOCUIDADOS</b>		
Higiene personal	421	33,3%
Vestido	422	27%
Alimentación	422	37,2%
<b>HÁBITOS DE VIDA</b>		
Hábitos de vida saludables	421	33,8%
Estructuración del sueño	422	38,1%
Consumo de sustancias tóxicas	421	11%
<b>AFRONTAMIENTO PERSONAL Y SOCIAL</b>		
Autocontrol y afrontamiento del estrés	422	72,5%
Habilidades sociales	422	54,2%
Solución de problemas	421	72,5%
<b>CAPACIDADES COGNITIVAS</b>		
Habilidades cognitivas básicas	422	27,2%
Procesamiento de la información	421	24,7%
Capacidad de aprendizaje	421	19,7%
<b>AUTONOMÍA BÁSICA</b>		
Manejo del dinero	421	41,8%
Manejo del transporte	421	19,9%
Manejo del entorno doméstico	422	52,1%
Conocimientos educativos básicos	419	14,8%
<b>AUTONOMÍA SOCIAL</b>		
Capacidad de autogestión	421	38,8%
Manejo de recursos sociales	421	43%
Manejo del ocio	422	75%
<b>CAPACIDAD LABORAL</b>		
Situación laboral	419	81%
Capacidad laboral	422	62,3%
Motivación laboral	421	56,8%
<b>RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO</b>		
Conciencia de en enfermedad	419	50,5%
Responsabilidad con el tratamiento	419	35,8%
Respuesta al tratamiento	417	23,3%
Efectos secundarios	421	9,1%
<b>SOPORTES SOCIALES INFORMALES</b>		
Actividad principal	421	58%
Soporte familiar	422	51,7%
Redes sociales	421	80%
<b>SOPORTES SOCIALES FORMALES</b>		
Autonomía económica	421	27%
Soporte residencial	422	15,2%
Integración en recursos comunitarios	421	67,5%
<b>ASPECTOS CLÍNICOS</b>		
Evolución de la recuperación	361	69%
Evolución del n.º de ingresos	355	25,4%
Evolución del n.º de crisis	351	34,7%
<b>OTROS PARAMETROS CLÍNICOS</b>		
Años de evolución	352	82,6%
Nivel premórbido	356	23,5%
Nivel intelectual	336	7,5%

<sup>1</sup> Número de sujetos de los que se pudo extraer datos completos en cada ítem.

<sup>2</sup> Porcentaje de sujetos con puntuación > 2 que equivale a un funcionamiento psicosocial disminuido y necesidad de supervisión frecuente (rango 0 a 4).

bipolar las que más ingresos anteriores han tenido en comparación con los diagnósticos de esquizofrenia y de trastorno de personalidad ( $\chi^2 = 15,5$ ,  $p = 0,004$ ).

Se ha encontrado una relación entre el sexo y el diagnóstico, siendo el grupo de las esquizofrenias el que menos mujeres diagnosticadas tiene (70% hombres y 30% mujeres. Tabla de contingencia 5 x 2:  $\chi^2$  de Pearson = 16,3,  $p < 0,005$ ), aunque el grado de asociación entre estas variables es relativamente bajo (V de Cramer = 0,20). Esta relación es inversa en el diagnóstico de depresión en el que hay casi un 20% más mujeres.

Se volvió a encontrar una relación entre tener trastorno bipolar y haber tenido ingresos hospitalarios o no haberlos tenido ( $\chi^2$  de Pearson = 15,6,  $p < 0,005$ ), hay menos sujetos de lo esperado que no ingresan en la categoría de bipolares (o sea hay más sujetos en este diagnóstico que han ingresado que en los otros diagnósticos), y hay más sujetos de lo esperado en la condición de no ingresos anteriores del trastorno de personalidad (es decir, hay menor proporción de ingresos en este diagnóstico respecto a los demás). Sin embargo estas asociaciones siguen siendo débiles (V de Cramer = 0,2).

Las personas con esquizofrenia reciben menos veces tratamientos combinados de fármaco y psicoterapia que los otros trastornos, siendo la forma de tratamiento clínico recibido desde los servicios de salud mental casi exclusivamente el fármaco ( $\chi^2$  de Pearson = 31,  $p < 0,001$ ). Esta misma asociación se encuentra a la inversa en la depresión, siendo los que reciben tratamiento combinado de fármaco y psicoterapia en mayor medida que cualquier otro diagnóstico.

No se ha encontrado relación entre el diagnóstico y la situación laboral de los sujetos de la muestra.

De los análisis realizados se extrae un perfil diagnóstico razonablemente homogéneo en cuanto a edad, años de evolución e ingresos psiquiátricos anteriores, con pocas diferencias entre los grupos diagnósticos. Los coeficientes de asociación encontrados son bajos lo que también indicada la homogeneidad en las medidas estudiadas de la muestra. Tratando de encontrar algún patrón diferencial se podrían describir los siguientes (en función de variables que han demostrado alguna asociación entre ellas): a) hombre, recibe únicamente seguimiento farmacológico desde los servicios de salud mental, edad cercana a los 40, ha tenido más de 2 ingresos anteriores a acudir al centro; b) mujer, con probabilidad de tener algún diagnóstico diferente o secundario a esquizofrenia (especialmente afectivos) y llega al centro con más edad que los hombres; c) tener trastorno bipolar y haber ingresado más veces en la evolución del trastorno (media = 5) que los otros trastornos derivados.

En las tablas 5 y 6 se muestran las correlaciones entre los síntomas evaluados con la SAPS y la SANS y las áreas de funcionamiento psicosocial.

El análisis de correlación específico entre síntomas y funcionamiento arroja resultados interesantes. El número de correlaciones significativas entre los síntomas positivos y las áreas de funcionamiento psicosocial alcanzan entre el 72% y el 94%. Así, las alucinaciones correlacionan con el 72% de los ítems del funcionamiento, los delirios con el 72%, el comportamiento extravagante con el 94% y los trastornos formales del pensamiento con el 84%. Las cuatro categorías de la SAPS correlacionan con un promedio del 80,5% de los ítems del funcionamiento psicosocial. Los síntomas negativos correlacionan entre el 78% y el 91% de las medidas del funcionamiento. La alogia correlaciona con el 78% de las medidas de funcionamiento, la pobreza afectiva con el 78%, la abulia con el 91%, la anhedonia con el 78%, y el déficit de atención con el 91%. Las cinco categorías de la SANS correlacionan con un promedio del 83% de los ítems del funcionamiento psicosocial. Sin embargo las correlaciones son débiles no alcanzando ninguna valores por encima de 0,5. En general las correlaciones entre los síntomas negativos y el funcionamiento son mayores que con los síntomas positivos, encontrándose las mayores relaciones entre los síntomas negativos y el deterioro en funciones cognitivas (procesamiento de la información y capacidad de aprendizaje), el uso de recursos comunitarios y la ocupación del ocio y tiempo libre.

Los resultados encontrados están en consonancia con los hallazgos de la literatura. Parece existir una modesta relación pero significativa entre los síntomas negativos y el funcionamiento, y una menor asociación entre los síntomas positivos (aunque también significativa) y el funcionamiento psicosocial. La mayoría de relaciones con el funcionamiento se concentran en los síntomas desorganizados, la abulia-apatía y el déficit de atención. Sin embargo, y debido al pequeño tamaño de las correlaciones, se puede concluir que la relación entre síntomas positivos y negativos explicaría una pequeña proporción de la varianza del funcionamiento que podría estar entre un 10% y un 20% (aunque estos datos son los encontrados en otros estudios similares<sup>20,21</sup>, sería preciso para ello llevar a cabo un estudio predictivo que lo confirmara).

## Discusión

En éste estudio se analizan las características psicopatológicas y de funcionamiento psicosocial de una muestra de personas con TMG atendidos en los dispositivos específicos de rehabilitación en la comunidad de Castilla-La Mancha. El deterioro asociado al TMG queda indicado en el perfil de necesidades psicosociales encontradas. Los principales problemas son los relacionados con las habilidades y destrezas sociales, en con-

TABLA 5. Correlaciones de Spearman entre los síntomas positivos (SAPS) y el funcionamiento psicosocial

Funcionamiento	Alucinaciones	Delirios	Comportamiento extravagante	Trastornos formales del pensamiento
Higiene	0,22**	0,20**	0,36**	0,26**
Vestido	0,25**	0,18**	0,39**	0,25**
Alimentación	0,12**	0,12**	0,27**	0,15**
Hábitos saludables	0,06	0,06	0,18**	0,03
Hábitos de sueño	0,05	0,08	0,17**	0,06
Consumo tóxicos	0,01	0,05	0,10**	0,03
Autocontrol estrés	0,03	0,04	0,16**	0,80
Habilidades sociales	0,22*	0,17**	0,31**	0,30**
Solución problemas	0,17**	0,19**	0,23**	0,26**
Funciones cognitivas básicas	0,24**	0,18**	0,24**	0,31**
Procesamiento de la información	0,25**	0,20**	0,24**	0,36**
Capacidad de aprendizaje	0,26**	0,21**	0,30**	0,34**
Manejo del dinero	0,10	0,08	0,27**	0,18**
Uso de trasportes	0,17**	0,15**	0,20**	0,15**
Manejo del entrono doméstico	0,16**	0,12**	0,27**	0,15**
Conocimientos educativos	0,14**	0,11**	0,18**	0,14**
Autogestión	0,19**	0,20**	0,25**	0,29**
Uso de recursos	0,24**	0,21**	0,25**	0,26**
Ocio y tiempo libre	0,22**	0,21**	0,21**	0,20**
Situación laboral	0,08	0,10*	0,11*	0,16**
Capacidad laboral	0,11*	0,14**	0,22**	0,23**
Motivación laboral	0,11*	0,14**	0,21**	0,17**
Conciencia de enfermedad	0,07	0,18**	0,20**	0,19**
Responsabilidad tratamiento	0,14**	0,12**	0,24**	0,20**
Respuesta al tratamiento	0,25**	0,27**	0,27**	0,19**
Efectos secundarios	0,19**	0,21**	0,27**	0,14**
Actividad principal (rol)	0,16**	0,19**	0,29**	0,25**
Soporte familiar	0,03	0,05	0,08	0,10*
Red de apoyo	0,13**	0,07	0,19**	0,12*
Autonomía económica	0,03	-0,01	0,01	0,04
Soporte residencial	0,13**	0,06	0,13*	0,12*
Integración en recursos comunitarios	0,20**	0,17**	0,21**	0,20**

 \* Correlación significativa  $p < 0,05$ .

 \*\* Correlación significativa  $p < 0,01$ .

TABLA 6. Correlaciones de Spearman entre los síntomas negativos (SANS) y el funcionamiento psicosocial

Funcionamiento	Alogia	Pobreza afectiva	Abulia-apatía	Anhedonia-insociabilidad	Atención
Higiene	0,30**	0,31**	0,36**	0,22**	0,32**
Vestido	0,28**	0,28**	0,33**	0,17**	0,34**
Alimentación	0,11*	0,10*	0,20**	0,04	0,21**
Hábitos saludables	0,01	0,00	0,11*	-0,08	0,12*
Hábitos de sueño	0,06	0,05	0,22**	0,08	0,14**
Consumo tóxicos	-0,03	-0,07	0,03	-0,01	-0,00
Autocontrol estrés	-0,06	-0,02	0,11*	-0,01	0,13**
Habilidades sociales	0,31**	0,30**	0,26**	0,26**	0,33**
Solución problemas	0,21**	0,20**	0,19**	0,14**	0,27**
Funciones cognitivas básicas	0,41**	0,25**	0,28**	0,23**	0,49**
Procesamiento de la información	0,47**	0,33**	0,33**	0,28**	0,49**
Capacidad de aprendizaje	0,44**	0,26**	0,25**	0,18**	0,44**
Manejo del dinero	0,16**	0,14**	0,14**	0,10*	0,23**
Uso de transportes	0,28**	0,25**	0,18**	0,23**	0,33**
Manejo del entorno doméstico	0,19**	0,22**	0,30**	0,17**	0,33**
Conocimientos educativos	0,20**	0,12**	0,17**	0,08	0,32**
Autogestión	0,35**	0,29**	0,28**	0,24**	0,39**
Uso de recursos	0,34**	0,32**	0,34**	0,32**	0,40**
Ocio y tiempo libre	0,26**	0,35**	0,33**	0,39**	0,32**
Situación laboral	0,13**	0,13**	0,09	0,03	0,19**
Capacidad laboral	0,27**	0,24**	0,19**	0,10*	0,29**
Motivación laboral	0,23**	0,24**	0,22**	0,11*	0,21**
Conciencia de enfermedad	0,24**	0,13**	0,16**	0,20**	0,23**
Responsabilidad tratamiento	0,13**	0,14**	0,27**	0,17**	0,29**
Respuesta al tratamiento	0,17**	0,20**	0,27**	0,16**	0,25**
Efectos secundarios	0,17**	0,18**	0,21**	0,10**	0,25**
Actividad principal (rol)	0,27**	0,30**	0,27**	0,20**	0,33**
SopORTE familiar	0,06	0,07	0,09	0,06	0,07
Red de apoyo	0,19**	0,25**	0,20**	0,30**	0,20**
Autonomía económica	0,06	0,03	0,12*	0,17**	0,12*
SopORTE residencial	0,09	0,06	0,13**	0,14**	0,02
Integración en recursos comunitarios	0,27**	0,30**	0,32**	0,33**	0,35**

\* Correlación significativa  $p < 0,05$ .\*\* Correlación significativa  $p < 0,01$ .

creto las que tienen que ver con el desempeño de roles sociales (trabajo, manejo del hogar, estudios, etc.). Las necesidades clínicas están cubiertas en mayor medida lo que indica que la asistencia a los trastornos mentales graves en la comunidad debe incluir no solo atención a las necesidades clínico-psiquiátricas, sino también a las necesidades sociales y de la vida diaria.

La evaluación descriptiva realizada nos permite evaluar la capacidad de los servicios de salud mental para cubrir las necesidades de manera integral. Los resultados demuestran la necesidad de priorizar en programas de rehabilitación psicosocial y laboral y en soportes sociales, laborales y familiares dirigidos a personas con TMG. Y esto de manera rápida, complementaria, específica e intensiva al abordaje de los síntomas positivos (pues existe una escasa relación entre los síntomas positivos y el funcionamiento), lo que contrasta con la tardanza en derivar a los pacientes a un centro de rehabilitación psicosocial, así como con la gran mayoría de pacientes que durante el tiempo anterior al abordaje rehabilitador solo recibe como única fuente de tratamiento el fármaco o la intervención hospitalaria durante las fases de crisis.

Del estudio realizado se pueden extraer elementos comunes que nos sirven para presentar las principales características de los pacientes con TMG que complementan a los criterios de las clasificaciones diagnósticas. Aunque cada persona es diferente, en la tabla 7 se muestran las características más comunes encontradas.

Los resultados encontrados inciden en el hecho de que los criterios diagnósticos presentan limitaciones para aclarar dimensiones como las necesidades funcionales de los pacientes o la discapacidad. Autores como Roseman, Korten y Evans<sup>21</sup> concluyen después de análisis factoriales que las medidas dimensionales de la psicopatología explican en mayor grado que el diagnóstico categorial la varianza existente entre la conduc-

ta, la discapacidad y la evolución clínica de la psicosis. Por tanto, las dimensiones de síntomas y funcionamiento constituyen una información adicional que se complementa y añadidas al diagnóstico resultan clínicamente relevantes para la intervención. Es cada vez más necesario hacer énfasis en descripciones dimensionales, necesarias en nuestra opinión para conseguir una definición y tratamiento integral. Y también es necesario explorar con más detalle y específicamente para cada síntoma clínico la hipótesis de que el funcionamiento está influenciado por la psicopatología.

La muestra estudiada se caracteriza por ser personas con esquizofrenia o trastornos psicóticos, con síntomas positivos y negativos residuales especialmente en lo relativo a la anhedonia e insociabilidad y con un curso caracterizado por el deterioro en aspectos de afrontamiento personal, relaciones sociales, importante aislamiento social, escaso apoyo familiar, sin actividad principal y dificultades importantes en integración social y laboral. Éste perfil de personas descrito que es derivado a un centro de rehabilitación tras 12,6 años de evolución demuestra la aún existente y marcada diferencia entre rehabilitación y tratamiento que relega al último lugar las intervenciones psicosociales. Una visión reduccionista de la rehabilitación situada en el último nivel y limitada a los pacientes más cronificados dificulta el desarrollo de un tratamiento integral. Si tenemos en cuenta el objetivo de alcanzar la máxima recuperación funcional para los pacientes, existen evidencias de que las intervenciones precoces sobre el funcionamiento psicosocial mejoran la evolución a largo plazo de la esquizofrenia, por lo que los tratamientos de rehabilitación psicosocial deben tener un papel importante desde el inicio del trastorno. La falta o escasez de abordajes tempranos de elementos de afrontamiento personal, social o familiar y de integración social y laboral o el trabajo dirigido a la superación del

CUADRO 2. Características más comunes en la muestra de pacientes con TMG estudiada

- Tienen escasa capacidad para afrontar situaciones estresantes.
- Presentan poca capacidad en el manejo de las habilidades sociales y las relaciones interpersonales.
- Tienen grandes dificultades para resolver los problemas de su vida cotidiana.
- Les cuesta tomar decisiones en circunstancias vitales relevantes, o son inadecuadas o poco eficaces.
- Tienen deficiente manejo del entorno doméstico, no participa o es inexistente o desorganizado.
- Utilizan su tiempo libre de manera muy escasa, tienen pocos intereses o apenas realizan actividades.
- Están desempleados y tienen dificultades para mantenerse en un trabajo.
- No desarrollan un rol reconocido socialmente como propio de su edad: trabajador, estudiante, cuidado del hogar.
- Tienen apoyo familiar, con fluctuaciones y escasa estabilidad en el clima de convivencia.
- Tienen relaciones muy disminuidas o ausentes y círculos de relación empobrecidos.
- Hacen escaso uso de recursos sociales normalizados: centros deportivos, culturales o sociales.
- Hay un estancamiento, meseta o deterioro en el funcionamiento durante los dos años anteriores a su derivación al CRPSL.

rol de enfermo genera a largo plazo la cronificación y una limitación progresiva de los roles sociales.

Otra de las cuestiones sujeta a reflexión es si los pacientes que presentan mayor gravedad en funcionamiento, con mayor riesgo de suicidio o con mayor gravedad de síntomas en general pueden no estar recibiendo ningún tipo de intervención rehabilitadora o no ser derivados a los centros de rehabilitación, ya que se ha demostrado que los factores anteriores reducen las posibilidades de iniciar un tratamiento rehabilitador<sup>22</sup>. En este sentido es importante tener en cuenta no sólo la puesta en marcha de intervenciones psicosociales basadas en la evidencia para la recuperación funcional de las personas con TMG (terapia cognitivo conductual de síntomas, entrenamiento para el manejo de la enfermedad, entrenamiento en habilidades sociales y cognición social, rehabilitación cognitiva, o psicoeducación de familias) sino adoptar estrategias de detección tempranas que aseguren que los pacientes acceden al tratamiento psicosocial necesario.

El estudio muestra algunas ventajas que cabe destacar. Primero, la muestra son sujetos reales con TMG tal y como aparecen en los dispositivos específicos de rehabilitación de nuestra comunidad, lo que incrementa la validez ecológica de los resultados. Segundo, se ha medido el funcionamiento de un gran número de áreas y conductas permitiendo un análisis más molecular del comportamiento psicosocial que en otros estudios en los que normalmente se miden áreas globales del funcionamiento. Tercero, el tamaño de la muestra es importante lo que facilita la representatividad de los datos y la fiabilidad de los resultados.

Pero también existen una serie de limitaciones que deben ser tenidas en cuenta. Primero, el estudio se realizó en Castilla-La Mancha, en sus 5 provincias (Cuenca, Toledo, Ciudad Real, Guadalajara y Albacete) existiendo variabilidad entre cada una de ellas lo que puede provocar diferencias entre los sujetos de la muestra. Segundo, se incluyen pacientes de medios urbanos y rurales y existen algunas evidencias de características diferenciales entre ambos en el uso de servicios y en las necesidades asociadas. Otra limitación es que se trata de un estudio transversal que describe en un momento puntual las características de una muestra de pacientes, características que en su evolución a largo plazo pueden mostrar importantes variaciones.

Con el estudio se ha pretendido hacer énfasis en los siguientes aspectos: 1) el TMG se debe abordar desde una perspectiva integral y multidimensional. Las dimensiones clínicas y diagnósticas por sí solas no tienen la suficiente profundidad y no recogen la totalidad del cuadro TMG; 2) los pacientes «puros» con TMG entendidos como una categoría diagnóstica topográfica no existen. Es decir, la mayoría presentan una mayor o menor intensidad y mezcla de síntomas y deterioros; 3) se identifican tres áreas principales en el TMG: sín-

tomas positivos, síntomas negativos y funcionamiento psicosocial. Sería interesante empezar a considerar el deterioro en el funcionamiento como una dimensión más del trastorno, al mismo nivel que los síntomas en lugar de cómo una secuela de los mismos. A nivel heurístico se trata de un fenómeno presente en todas las fases evolutivas y relacionado con procesos del desarrollo neurocognitivo y conductual. Esta consideración de funcionamiento al mismo nivel que la psicopatología tradicional eliminaría la consideración de los tratamientos psicosociales como prestaciones que tienen comienzo en un tercer nivel de la atención.

Por último, hacer una consideración sobre el funcionamiento. La evaluación del funcionamiento se ha propuesto como una medida más de resultado del tratamiento en trastornos graves como la esquizofrenia<sup>23,24</sup>. Es más, recientemente se han escrito monográficos sobre la necesidad de integrar y combinar las medidas de evaluación de resultados: síntomas, funcionamiento, recuperación, uso de servicios, soportes socio-familiares, cargas asociadas, costes, etc. (suplemento n.º 50 de la *British J. of Psychiatry*<sup>25</sup>) Es necesario avanzar en el estudio del funcionamiento y su medición tanto para comprender el proceso psicopatológico como para mejorar la evaluación de la eficacia de los tratamientos.

## Agradecimientos

*Agradecemos a los profesionales que trabajan en los Centros de Rehabilitación Psicosocial y Laboral de Castilla-La Mancha su colaboración para la realización de este estudio.*

## Bibliografía

1. World Health Organization. Organization of services for mental health, 2003.
2. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO. Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave, 2007.
3. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Rehabilitación Psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones. 2002. Madrid: AEN; Cuadernos técnicos, N.º 6.
4. Goldman HH, Gatozzi AA y Taube CA. Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital Community Psychiatry* 1981; 32 (1): 21-27.
5. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Proceso Asistencial: Trastorno Mental grave, 2008. Documento técnico.
6. Peralta V, Cuesta MJ y De León J. An Empirical analysis of latent structures underlying schizophrenic symptoms: a tour syndrome model. *Biological Psychiatry* 1994; 36: 726-736.
7. González I, Bourgon JV, Pacorro BC y Vázquez Barquero JL. Historia natural, curso y evolución. En: Roca Bennasar M (ed.). *Trastornos Psicóticos*. Barcelona: Grupos Ars XXI; 2007.

8. Fenton WS y McGlashan TH. Natural history of schizophrenia subtypes II. Positive and negative symptoms and long-term course. *Arc Gen Psychiatry* 1991; 48: 978-986.
9. Buchanan RW y Carpenter WT. Domains of psychopathology: an approach to the reduction of heterogeneity in schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis* 1994; 182: 193-202.
10. Malmberg AK, David AS. Positive and negative symptoms in schizophrenia. *Curr. Opin. Psychiatry* 1993; 6: 58-62.
11. Palacios-Araus L, Herran A, Sandoya M, González HE, Vázquez Barquero JL y Diez Manrique JF. Análisis of positive and negative symptoms in schizophrenia . A study from a population of long-term outpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1995; 92: 178-182.
12. Vila F, Ochoa S y Haro JM. Psicopatología y funcionamiento social en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia que viven en la comunidad. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*, 2003; 30 (6): 319-323.
13. Navarro D y Contreras JA. Evaluación de un programa de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario para personas con TMG localizadas en contextos con dificultad de acceso. Descripción de la muestra y análisis de necesidades. *Informaciones Psiquiátricas* 2008; 191 (1): 29-42.
14. Fundación FISLEM de Castilla-La Mancha. Diseño de Centro de Rehabilitación Psicosocial y Laboral ([www.fislem.eu](http://www.fislem.eu)). 2007. Toledo.
15. Garety P, Hemsley D. The characteristics of delusional experience. *Europ. Archiv of Neurol and Psychiatry Sciences* 1987; 236: 294-98.
16. Jorgensen P, Jensen J. Delusional belief in first admitters. *Psychopathology* 1994; 27: 100-12.
17. Tien A. (1991). Distribution of hallucinations in the population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 26: 287-92.
18. Correas Lauffer J, Quintero Gutiérrez del Álamo FJ. Actualización clínico-terapéutica de los síntomas negativos en la esquizofrenia. *Psiquis* 2004; 25 (5): 233-41.
19. Addington J y Addington D. Premorbid functioning, cognitive functioning, symptoms and outcome in schizophrenia. *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 1993; 18: 18-23.
20. Patterson TL, Bucardo J, Mckibbin CL, Mausbach BT, Moore D, Barrio C, Goldman SR, Jeste DV. Development and pilot testing of a new psychosocial intervention for older latinos with chronic psychosis. *Schizophr. Bull* 2005; 31 (4): 922-30.
21. Glynn SM. Psychopathology and social functioning in schizophrenia. En: Mueser KT y Tarrier N. (eds): *Handbook of social functioning in schizophrenia*. USA: Allyn and Bacon 1998.
22. Roseman S, Kortten J y Evans M. Dimensional versus categorical diagnosis in psychosis. *Acta Psychiatric Scan* 2003; 107: 378-84.
23. Zivin K, Pfeiffer PN, McCammon RJ, Kavanagh JS, Walters H, Welsh DE, Difranco DJ, Brown MM, Valenstein M. «No-shows». Who fails to follow up with initial behavioral health treatment? *Am. J. Manag. Care* 2009; 15 (2): 105-12.
24. Burns T y Patrick D. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116: 403-418.
25. *British Journal of Psychiatry* 2007; 191 (suppl. 50).