



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



ESTUDIO DE LA CASUISTICA EN UN CENTRO DE SALUD
MENTAL COMUNITARIO: GRAVEDAD Y UTILIZACION DE
SERVICIOS.

TESIS DOCTORAL

ESTUDIO DE LA CASUISTICA EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO: GRAVEDAD Y UTILIZACION DE SERVICIOS.

ANTONIO ZUÑIGA LAGARES

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BARCELONA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y MEDICINA
LEGAL. BELLATERA.**

Barcelona 2009

AGRADECIMIENTOS

- Al Prof. D. Antonio Bulbena Vilarrasa director de este trabajo de investigación, por su estímulo y persistencia
- A los miembros del Equipo del Centro de Salud Mental de Adultos de Nou Barris: Albert Blanch i Cuñá por su apoyo, estímulo y colaboración en la prueba de fiabilidad interobservadores de la escala GEP – P, y a los enfermeros del CSM Nou Barris, Florentino Alejandro y Juan Carlos Valdearcos
- A la Dra Paloma Lago Baylin por facilitarme el presente trabajo
- A la Dra. Berta Moreno Küstner por su aportación en cuanto a los índices de utilización de servicios.
- A los Delegados de Visita Médica de Laboratorios Lilly, en especial a Paco Vera y al equipo de la web solpsiquiatria.com
- A la delegada de Jenssen Maria Lopez
- A los alumnos del Master de Psicoterapia Cognitivo-Social de la Universidad de Barcelona (Campus Mundet), Eugenia Gomez, Virna Sala, Josep M^a Alabart y Milagros Salgueda, por su contribución en la pasación de protocolos y entrevistas telefónicas.

A Manuel mi padre, el me transmitió la importancia del conocimiento científico.

A Fedora por su inestimable ayuda en la preparación y transcripción de textos, y a Imanol, ambos han “soportado” este trabajo.

Este trabajo no ha sido financiado ni subvencionado por ninguna institución, en especial por el famoso FISS. Solo Dios sabe lo que uno ha dejado aquí.

Saber que se sabe lo que se sabe, y saber que no se sabe lo que no se sabe : sabiduría.
A. Karr.

TITULO: CASUISTICA EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO: GRAVEDAD Y UTILIZACION DE SERVICIOS.

RESUMEN

Introducción.

No hemos encontrado en la literatura psiquiátrica examinada, estudios de casuística psiquiátrica ambulatoria en los que se haya evaluado la complejidad y gravedad de la misma con índices de carga asistencial. Tampoco hemos encontrado estudios de clasificación de dicha casuística ambulatoria en base a variables predictoras de utilización de servicios. La mayor parte de literatura examinada esta referida a estudios de altas hospitalarias, aplicando las clasificaciones basadas en los GRDs.

La Gravedad en la Clínica Psiquiátrica es un concepto poco estudiado y asimismo una realidad clínica difícil de definir, delimitar, describir y calibrar. Hasta el presente la manera más habitual de definirla, lo ha sido en base tanto a la intensidad y cualidad de los síntomas, como de su repercusión psicosocial (discapacidad).

La gravedad de los trastornos mentales ha sido estudiada sobre todo en relación a los trastornos de peor pronóstico como por ejemplo la esquizofrenia, y en estudios de seguimiento desde unidades hospitalarias, pero no tanto en estudios de ámbito ambulatorio y en una perspectiva general y comparativa de todo el abanico de la patología psiquiátrica ambulatoria.

El Case Mix o Perfil de Casos, es un constructo de creciente uso en el campo de la gestión sanitaria y es una nueva forma de clasificar los pacientes en el ámbito médico general, según su gravedad, pautas clínicas de manejo y tratamiento o consumo de servicios.

Hemos abordado en el presente trabajo, y desde la perspectiva del Case-Mix, un sistema clasificatorio de pacientes psiquiátricos ambulatorios, en base a escalas de gravedad psiquiátrica y de disfunción psicosocial.

Objetivos

Estudiar la Fiabilidad, Validez y Consistencia Interna de la Escala de Gravedad modificada para pacientes ambulatorios (GEP-P). Determinar grupos y perfiles de casos en función de sintomatología, diagnósticos, disfunción psicosocial y gravedad de enfermedad psiquiátrica. Establecer un sistema clasificatorio de pacientes psiquiátricos ambulatorios en función de su gravedad clínica y de utilización de servicios, e identificar variables clínicas predictoras de gran utilización de servicios (ingresos, frecuentación de visitas).

Métodos

Sujetos: se han estudiado todos los pacientes que acudieron a primera visita consecutiva de una consulta psiquiátrica de un Centro de Salud Mental de Adultos. La muestra reclutada fue de 432 pacientes.

Diseño : estudio observacional, transversal en una primera fase a fin de poder establecer una clasificación, y longitudinal prospectivo en una segunda fase, de una muestra de pacientes que acuden a primera visita en un Centro de Salud Mental Comunitario de Adultos de un Distrito de de la Ciudad de Barcelona. Se efectuó una primera medida de las variables predictoras en el curso de las primeras visitas y se midió la variable dependiente de utilización de servicios mediante un índice acumulativo (índice de Lavik) a los dos años del seguimiento.

Resultados y Conclusiones.

La versión ambulatoria de la escala de gravedad que hemos desarrollado, ha resultado tener una consistencia interna, fiabilidad y validez concurrente aceptables. Dicha escala predice adecuadamente la utilización de servicios, tanto en número de visitas ($p < 0,001$) como en días de ingresos ($p < 0,001$).

En la descripción de la casuística encontramos, un predominio de edades entre los 45 y los 75 años, un 33 % de varones y un 67 % de mujeres. Desde el punto de vista de la descripción diagnóstica, casi un 1/3 de la muestra estudiada presentan trastornos de ansiedad, algo más de un 1/4 trastornos afectivos (depresión mayor y distimia), algo menos de 1/4 trastornos de adaptación y solamente 1/8 son trastornos psicóticos. En cuanto a la utilización de servicios, 270 pacientes (62 %) solo efectuaron entre 1-5 visitas/ año. El 90 % de la muestra no tuvo ningún ingreso.

Desde una descripción psicométrica, el 13 % de la muestra se sitúa en el espectro esquizoafectivo grave, un 60 % presentan ansiedad significativa y un 43 % sintomatología depresiva significativa.

Las mujeres tienen mejor funcionamiento social y laboral que los hombres ($p < 0,01$) son algo más ansioso-depresivas y presentan menor gravedad ($p < 0,05$). Los hombres mayor sintomatología psicótica y mayor gravedad ($p < 0,05$), con más trastornos psicóticos y de personalidad ($p < 0,001$). Las mujeres más trastornos afectivos y mucho más distimias.

A menor edad, más psicopatología. Los pacientes más jóvenes (44-50 años) tienen más diagnósticos de trastornos psicóticos, de personalidad y abuso de sustancias ($p < 0,001$). Los pacientes más mayores (65-71 años), tienen más diagnósticos de trastornos afectivos, y orgánicos. Los pacientes de una edad

intermedia (53-61) tienen más diagnósticos de distimias, trastornos de ansiedad y adaptativos ($p < 0,001$).

Los pacientes con trastornos psicóticos y trastornos depresivos se visitan más que los de distimia y trastornos de ansiedad ($p < 0,001$). Los trastornos psicóticos presentan significativamente más días de ingreso (promedio de 18,7/año) que los trastornos de personalidad (promedio de 5,1/año) y que la depresión mayor (promedio de 2,8/año). Las distimias y los trastornos de ansiedad, muchos menos días de ingreso. Hay significativamente un mayor uso de la red asistencial en menores de 65 años ($p < 0,01$), que tienen mayor psicopatología, gravedad y peores habilidades de la vida cotidiana ($p < 0,01$).

Existe una fuerte asociación entre psicopatología, gravedad e Índice de Requerimiento Asistencial ($p < 0,001$). Un mal funcionamiento en Habilidades de la Vida Cotidiana predice alta utilización de la red asistencial ($p < 0,001$).

Podemos clasificar los pacientes psiquiátricos ambulatorios en cinco grupos:

Grupo 1: grupo "Ansioso-Depresivo" en el que destaca la presencia de sintomatología ansiosa-depresiva moderada, escasa disfunción psicosocial, leves problemas laborales, sin conductas de riesgo ni problemas de tipo médico. Escasas complicaciones en su tratamiento. Gravedad moderada-baja y carga asistencial media-baja sin ingresos.

Grupo 2: grupo en el que destaca la "Discapacidad" tanto laboral como socialmente, con serios problemas de autocuidado, desempleo crónico, síntomas positivos graves y presencia de síntomas negativos. Conductas de riesgo y complicaciones serias en su tratamiento, oposición al mismo y difícil vínculo con el profesional, gravedad alta y carga asistencial muy alta.

Grupo 3: “Depresivo/Psicótico”, caracterizado por sintomatología moderada y riesgo suicida, leves problemas laborales y familiares, patologías médicas, escasas complicaciones en su tratamiento, gravedad moderada y carga asistencial media.

Grupo 4: “Inestable-Conflictivo” con síntomas graves, problemas de autocuidado importantes, desempleo temporal, conflictos familiares, conductas de riesgo y complicaciones serias en su tratamiento como oposición al tratamiento y mal vínculo con el profesional, gravedad alta y carga asistencial alta.

Grupo 5: “Adaptativo” con síntomas leves, sin disfunción psicosocial ni conductas de riesgo, problemas médicos, escasas complicaciones en su tratamiento, gravedad baja y carga asistencial baja.

En conclusión, los pacientes psiquiátricos ambulatorios se pueden clasificar en función de otras variables distintas al diagnóstico, de tipo psicosocial y teniendo en cuenta al mismo tiempo la carga asistencial.

GLOSARIO:

GRD (DRG en inglés): grupos relacionados con el diagnóstico.

BPRS: Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica de Overall-Gorham.

BPRS-D: cuatro items de la escala que valoran sintomatología depresiva.

BPRS-S: doce items de la escala que valoran sintomatología esquizoafectiva.

CASE-MIX: la traducción al castellano equivale a “perfil de casos”. Se trata de índices de complejidad de la casuística, tanto desde un punto de vista clínico como de costos asistenciales derivados de dicha complejidad.

LSP (Life Skills Profil): perfil de habilidades de la vida cotidiana. Tiene cinco subescalas:

- Autocuidado. Informa sobre higiene personal, hábitos de salud y seguridad personal
- Comportamiento Social Interpersonal: informa sobre conflictividad –descontrol impulsivo- con los demás (familia, etc)
- Comunicación y Contacto Social: informa sobre capacidad de relación y vínculo social
- Comportamiento Social No Personal: informa sobre la presencia de conductas psicopáticas, disociales y autoagresivas
- Vida Autónoma: informa sobre capacidad laboral y de vivir por si mismo.

HAD: escala de ansiedad-depresión (Zigmond y Snaith).

GEP-P: escala de gravedad psiquiátrica (versión ambulatoria desarrollada en el presente trabajo, a partir de la original del Prof Lyons).

GAFS-M (Mental and Physical Impairments Functioning Scale). Escala de evaluación de la actividad social y laboral. Desarrollo posterior a la GAF, más conocida, incluida en el eje V del DSM-IV.

ECA : (Epidemiologic Catchment Area). Estudio epidemiológico de base poblacional con una muestra de 9000 adultos entrevistados mediante la entrevista estructurada DIS, efectuado en EEUU en la década de los 80.

NCS: Informe Nacional de Comorbilidad. Estudio epidemiológico a gran escala (8098 encuestados) realizado por el Instituto de Investigaciones Sociológicas de la Universidad de Michigan con la entrevista estructurada CIDI, dirigido por el Prof. Ronal Kessler.

INDICE DE LAVIK: propuesto en 1983 por este autor noruego como índice de utilización de servicios. Por su sencillez y aplicabilidad, lo hemos adoptado en el presente trabajo. Asigna “pesos” por cada contacto con servicios. Así una visita ambulatoria puntua como 1, un día de estancia en Centro de Día 2 puntos y un día de estancia en un Hospital 3 puntos.

TMS: “Trastorno Mental Severo”, conforme a una mala traducción del termino en inglés “severity” o severidad. En castellano sería mas correcto “grave” por lo que en este trabajo hemos adoptado las siglas TMG.

TDM: se utiliza mucho en la literatura psiquiátrica para referirse al trastorno depresivo mayor.

EEAG: escala de evaluación de la actividad global. Equivalente al GAF de versiones anteriores al DSM-IV.

DAS: escala de evaluación de la discapacidad de la OMS.

T.A.G.: escala de gravedad psiquiátrica desarrollada por expertos del Instituto de Psiquiatría de Londres en el año 2000.

INDICE

I INTRODUCCION

- 1.1 Gravedad en Medicina
- 1.2 Sistemas para codificar la Gravedad en Medicina
 - 1.2.1 Case-Mix
 - 1.2.2 La Estadización de la Enfermedad de JS Gonella
 - 1.2.3 Otros sistemas de Case-Mix
 - 1.2.4 GRDs (Grupos Relacionados con el Diagnóstico)
 - 1.2.5 Sistemas de Case-Mix en la atención ambulatoria (ACGs)
 - 1.2.6 Estudios de Case-Mix en Psiquiatría
- 1.3 Gravedad en Psiquiatría
 - 1.3.1 Estudios Epidemiológicos
 - 1.3.2 Estudios de Evaluación de la Gravedad en Psiquiatría
 - 1.3.3 Gravedad e Ingresos
- 1.4 Clasificaciones en Psiquiatría
 - 1.4.1 Clasificaciones Europea (CIE-10) y Americana (DSM-IV)
 - 1.4.2 Estadización de la Gravedad en ambas Clasificaciones
 - 1.4.3 El eje V del DSM-IV y la escala GAF
 - 1.4.4 El eje II en la Clasificación de la OMS. La escala DAS

1.5 Escalas de Evaluación de la Gravedad en Psiquiatría

1.5.1 Escala de Luborsky

1.5.2 Escala GAS/GAF

1.5.3 Escala GAFS-M (Goldman, Skodol)

1.5.4 Escala DAS de la OMS

1.5.5 Escala TAG (Slade)

1.5.6 Escala de Gravedad Psiquiátrica de Lyons

1.6 Utilización de Servicios y su Medición

II FINALIDAD Y OBJETIVOS

1. Finalidad

2. Objetivos

3. Hipotesis de trabajo

III SUJETOS Y METODOS

1. Ambito del estudio

2. Sujetos

2. 1. Representatividad de la muestra.

3. Metodos

3.1 Instrumentos de Recogida de Datos

3.2 Análisis de Datos

3.3 Sesgos y su control

3.4 Distribución de la muestra reclutada

IV RESULTADOS

1.- DESCRIPCION GENERAL DE LA CASUISTICA EN LA VISITA BASAL.

1.1 Variables sociodemográficas

1.2 Diagnósticos

1.3 Escala de Gravedad de Lyons (GEP-P) para pacientes ambulatorios.

2. PROPIEDADES PSICOMETRICAS DE LOS INSTRUMENTOS.

2.1 Consistencia Interna Escalas GEP-P, BPRS, LSP, HAD.

2.2 Fiabilidad Interexaminadores Escala GEP-P.

2.3 Validez Concurrente escala GEP-P con escala GAFS

3. DIFERENCIAS EN VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS Y PSICOSOCIALES POR EDAD, GENERO, DIAGNÓSTICOS Y GRUPOS DE EDAD (MAYOR Y MENOR DE 65 AÑOS).

3.1 Edad

3.2 Genero

3.3 Agrupaciones Diagnósticas DSM-IV.

3.4 Grupos de Edad mayores y menores de 65 años.

4. DESCRIPCION DE LA CASUISTICA DE LOS PACIENTES EN CONTACTO CON SERVICIOS A LOS DOS AÑOS Y A LOS CINCO AÑOS

4.1 DOS AÑOS.

4.1.1 Utilizacion de servicios a los dos años.

4.1.2 Comparación de la casuística de los pacientes que no siguen en contacto con servicios a los dos años (entrevista telefónica) con los que si siguen en contacto con servicios (entrevista presencial).

4.1.3 Sintomatología, disfunción social y laboral, gravedad y utilización de servicios a los dos años.

4.2 CINCO AÑOS

4.2.1.- Descripción de la casuística de los pacientes en contacto con servicios a los cinco años.

4.3 TRATAMIENTOS A LOS DOS AÑOS Y A LOS CINCO AÑOS.

5. PERFILES DE PACIENTES SEGÚN GRAVEDAD Y CARGA ASISTENCIAL.

V DISCUSION

1. Limitaciones del Estudio
2. Discusión y Resultados del Estudio
3. Consideraciones sobre el llamado Case-Mix (Perfil de Casos) Psiquiátrico versus Gravedad Clínica.

VI CONCLUSIONES DEL PRESENTE TRABAJO

I. INTRODUCCION

¿ Para que clasificar ? . Clasificar es conocer, es una forma de aproximación al conocimiento de algo. Como por ejemplo, conocer algo sobre un grupo de alumnos tomados en su conjunto y por un método nomotético clasificarlos por altura, peso, edades, etc. Distinto a lo que sería el método más ideográfico (individual), conocer circunstancias personales, etc.

En el diccionario de Maria Moliner, “clasificar es la acción y el efecto de clasificar” entendiéndose por clasificar “dividir un conjunto de cosas en clases o grupos”.

Pinel (1798) introdujo en psiquiatría el término “nosografía”, de uso en botánica y según el cual una clasificación tenía como características, el ser un sistema lógico, homogéneo, científico, razonado y razonable.

La taxonomía sería la teoría y método de construir sistemas de clasificación, el estudio de las leyes y reglas que deben determinar el establecimiento de métodos y sistemas de clasificación.

En Psiquiatría se desconocen en gran parte los mecanismos fisiopatológicos y los factores que causan las enfermedades mentales. Existen escuelas psiquiátricas que incluso niegan la enfermedad mental y argumentan que es un constructo de los propios psiquiatras (antipsiquiatría).

Para poder clasificar (Rojo JE, Vallejo J. 2001) se parte de la existencia de dos postulados previos, que existen los trastornos mentales y que estos pueden ser descritos. El primer postulado incluye la definición del universo o dominio de lo que hay que clasificar, ligado a los conceptos de salud y enfermedad mental, normalidad y patología, con lo cual aquellos autores que niegan la existencia del trastorno mental o del modelo médico, evidentemente niegan la posibilidad de un conocimiento estructurado con estas bases (modelo médico de enfermedad/salud).

La posibilidad de clasificar exige un mínimo de dos objetos o formas de enfermar, es decir, tiene que haber más de una manera de estar enfermo, y un máximo que debe ser numerable y finito. Debe ser posible la descripción de los objetos pertenecientes al dominio, es decir, ha de ser posible representar el conocimiento importante sobre esos objetos de forma válida.

Indudablemente las escuelas que creen en la individualidad también creen en la infinita forma de enfermar y, por tanto, ven inútil o negativa toda forma de clasificar.

La utilidad de clasificar está relacionada con el resultado de su aplicación: el pronóstico y la terapéutica.

Inicialmente una clasificación no explica un fenómeno (Rojo JE, Vallejo J, 2001), únicamente lo describe e identifica (método fenomenológico). Se forma así una recopilación o lista de objetos y su descripción, con una nomenclatura ordenada.

En una segunda fase, se define el dominio o concepto que hay que clasificar y la descripción de los objetos o elementos incluidos en ese dominio (categorías).

En una tercera fase, se buscan leyes o principios que organicen su estructura, convirtiéndose las listas en un verdadero sistema taxonómico que tendrá que disponer de conceptos clasificatorios (Jenkins y cols, 1988) y un sistema comprensivo y simple de leyes (Stengel E, 1959), que posea una estructura clara y sistemática y abarque todos los elementos de la clasificación, incluido el glosario utilizado por el sistema clasificatorio (Lanteri, 1984). La construcción de un sistema clasificatorio debe disponer de una hipótesis que constituya el plan taxonómico. (ej. la tabla periódica de los elementos de Mendelejew, por su estructura atómica).

1.1 Gravedad en Medicina

Medir o estadiar la enfermedad humana es una tarea de los médicos que estos hacen habitualmente en el trabajo clínico diario. Aunque es una tarea común y necesaria es también compleja. Para definir la gravedad de cualquier trastorno, el médico se vale de algoritmos diagnósticos en primer lugar y posteriormente una vez definida la entidad nosológica, se evalúa la gravedad de la misma en función de la alteración de los sistemas biológicos afectados. Por ello el concepto “gravedad” resume mucha información descriptiva, pronóstica, de necesidades de atención en los distintos niveles del sistema sanitario. Toda esta información se resume en pocas palabras o en grados, que permiten clasificar el problema médico detectado e iniciar el camino terapéutico. En la práctica clínica la gravedad es un concepto complementario al diagnóstico (Bulbena, 1997).

En los tiempos actuales y dado el progresivo aumento de los costos sanitarios, una de las aplicaciones del concepto “gravedad” se ha desarrollado en el campo de la gestión y de la planificación sanitarias, con el fin de cuantificar costos y recursos de tratamiento empleados. Desde esta perspectiva se pueden formular preguntas tales como ¿la enfermedad grave es la más costosa económicamente?, ¿los enfermos más graves tienen acceso a los recursos necesarios?. Se plantea el problema de la adecuada utilización de los servicios de salud, problema que en el campo de la psiquiatría es especialmente relevante, dado que como se sabe, algunos pacientes que no tienen conciencia de trastorno, se alejan incluso de los equipamientos de tratamiento.

Pero conviene preguntarse, como señala A. Bulbena, ¿quién define lo que es grave?, ¿es el paciente que sabe de su malestar subjetivo?, ¿es el clínico en función de su evaluación técnica?, ¿es el enfermero que sabe de la cantidad y calidad de cuidados?, ¿es el trabajador social que sabe de los recursos sociales precisos desde la comunidad? o por último ¿es el gerente sanitario que sabe de los costos por cama?.

En términos clínicos, la gravedad se define a partir de tres elementos (Bulbena A, 1997) : la presencia de una cantidad de síntomas, la presencia de de cierta cualidad de síntomas y finalmente, la repercusión de dichos síntomas sobre el funcionamiento vital, social y ocupacional del paciente. En éste último punto es donde la lista es más compleja, ya que desde la repercusión vital, que es la más clásica, hasta la repercusión funcional o sobre la autonomía del individuo y su capacidad de relacionarse con los demás, existen muchas perspectivas desde donde contemplar la “repercusión”. Creemos que la tarea de medir en detalle las repercusiones económicas de la enfermedad, no solo debería ser tarea de los administradores, sino tambien de los clínicos.

1.2 Sistemas para Codificar la Gravedad en Medicina.

Debido a la necesidad de calibrar la gravedad de las enfermedades y sus repercusiones, en los últimos años un concepto de síntesis, el Case-Mix, ha tomado protagonismo en el campo de la gestión sanitaria, para designar a este conjunto de información clínica y administrativa. Guarda relación con la “gravedad clínica” pero tambien con la “gravedad económica” o consumo de recursos.

1.2.1 Case-Mix.

El Case-Mix define la diversidad y complejidad de los casos atendidos en un servicio u hospital (Casas, 1991, Juncosa 1997, Ahicart 1988). Pero además puede considerar que dicha casuística atendida, recibe un conjunto diversificado de prácticas médicas, exploratorias, diagnósticas, etc, y por lo tanto genera un consumo de servicios. La medición y posterior clasificación de todo este complejo proceso, se basa en el establecimiento de unidades de medida homogéneas. Dichas medidas puede ir

desde agrupamiento de isosíntomas (casos agrupados por misma o parecida sintomatología), grupos de isodiagnóstico (casos con los mismos diagnósticos) o isorecursos (casos con el mismo consumo de servicios).

Las medidas de Case-Mix se basan en tres aspectos conceptuales tal como los recoge M. Casas (1991) :

- Criterio de Clasificación (p.ej. consumo de recursos, probabilidad de muerte)
- Objetivos de la Clasificación (p.ej. comparar consumos, analizar tendencias)
- Metodología de la Clasificación (cuantitativa estadística, cualitativa por expertos)

En síntesis cabe resumir los criterios básicos para definir la clasificaciones tipo case-mix en :

- Sistemas basados en agrupaciones de isogravedad (lo que incluye grupos de isosíntomas e isodiagnósticos)
- Sistemas basados en agrupaciones de isorecursos.

1.2.2 La Estadización de la Enfermedad (Disease Staging) de J.S. Gonella (1984).

La medición de la gravedad de la enfermedad es una tarea necesaria para evaluar, la calidad de los servicios sanitarios, la eficiencia de los diagnósticos de los médicos, el comprender la utilización de los servicios de salud, el diseñar pruebas clínicas y por último para financiar los hospitales en base a resultados.

La estadización es un método para medir gravedad. Define momentos evolutivos, refleja la gravedad en términos de riesgo de muerte o evolución irreversible y es pronóstica.

Gonella establece 420 diagnósticos (criterios codificados) que pueden ser utilizados computarizadamente para estudiar las altas hospitalarias mediante

descargas de datos. Gonella utiliza este sistema y lo aplica a enfermos de diabetes en sus diferentes estadios de gravedad. La gravedad es entendida como probabilidad de muerte o de daños irreversibles, sin tener en cuenta el tratamiento. Las escalas de gravedad se pueden utilizar para medir la eficacia de los diagnósticos médicos, el pronóstico, la eficacia terapéutica y la utilización de servicios sanitarios. De esta manera se pueden financiar los hospitales, comparar prácticas médicas y hospitales y programas de seguros médicos.

Mediante la estadización, en suma, se pueden establecer sistemas de categorías de pago como por ejemplo el sistema de los GRDs de 470 categorías basadas en el diagnóstico principal, pero que no contemplan la medida de la gravedad. La medición de la gravedad mediante la estadización constituye un amplio sistema de Case-Mix. Gonella advierte que no se puede confundir en las clasificaciones, lo que es una enfermedad con lo que son listas de problemas de salud. Confundir enfermedades y estadios de las mismas con problemas de salud da lugar a errores en los resultados de los análisis de las altas hospitalarias.

Para Gonella los requisitos del diagnóstico médico incluyen, localización del proceso morboso, síntomas del proceso morboso, etiología del mismo y gravedad. Cada enfermedad debe ser definida en términos de que órgano o sistema está implicado. Por ejemplo, una infección no es una enfermedad sino un problema de salud. Así pues, la enfermedad debería ser definida por estas cuatro dimensiones:

- localización
- sintomatología
- etiología
- pronóstico (gravedad)

Debe especificarse la gravedad de los cambios fisiopatológicos. La diabetes no sería una enfermedad sino un familia de enfermedades (hiperglucemia, acidosis, retinopatía, coma, neuropatía periférica y daño renal en su caso).

Las clasificaciones internacionales (CIE-9) no dan este tipo de información sobre los estadios lo que conlleva a errores en las clasificaciones en grupos de case-mix.

Gonella propone 4 estadios de enfermedad:

- Estadio 1, enfermedad sin complicaciones o gravedad mínima.
- Estadio 2, enfermedad limitada a un órgano o sistema, riesgo de complicaciones sobre el estadio 1
- Estadio 3, enfermedad generalizada a varios órganos o sistemas con mal pronóstico
- Estadio 4, muerte

La estadización según Gonella, se debe basar en un modelo conceptual del proceso morboso más que en la eficacia de la tecnología médica. Este autor utiliza una matriz basada en los sistemas orgánicos o aparatos (10), 10 tipos de etiologías y 4 estadios de gravedad. Con esta matriz (figura I -1) se clasificaron todas las patologías médicas y quirúrgicas en unos 400 grupos.

En el desarrollo de los criterios de estadización, se utilizaron criterios de expertos a los que se les pidió que fijaran 4 categorías como mínimo de estadios primarios. Cada subestadio suponía mayor riesgo de morbi/mortalidad. Se desarrolló un sistema computarizado de estadización.

La estadización tiene aplicaciones en análisis epidemiológicos, de case-mix y de utilización de servicios. La estadización puede responder a preguntas como, ¿quien tiende a tener casos más graves?, ¿qué proveedores tienden a tratar los casos más graves?, ¿como el uso de servicios varia la gravedad de la enfermedad?.

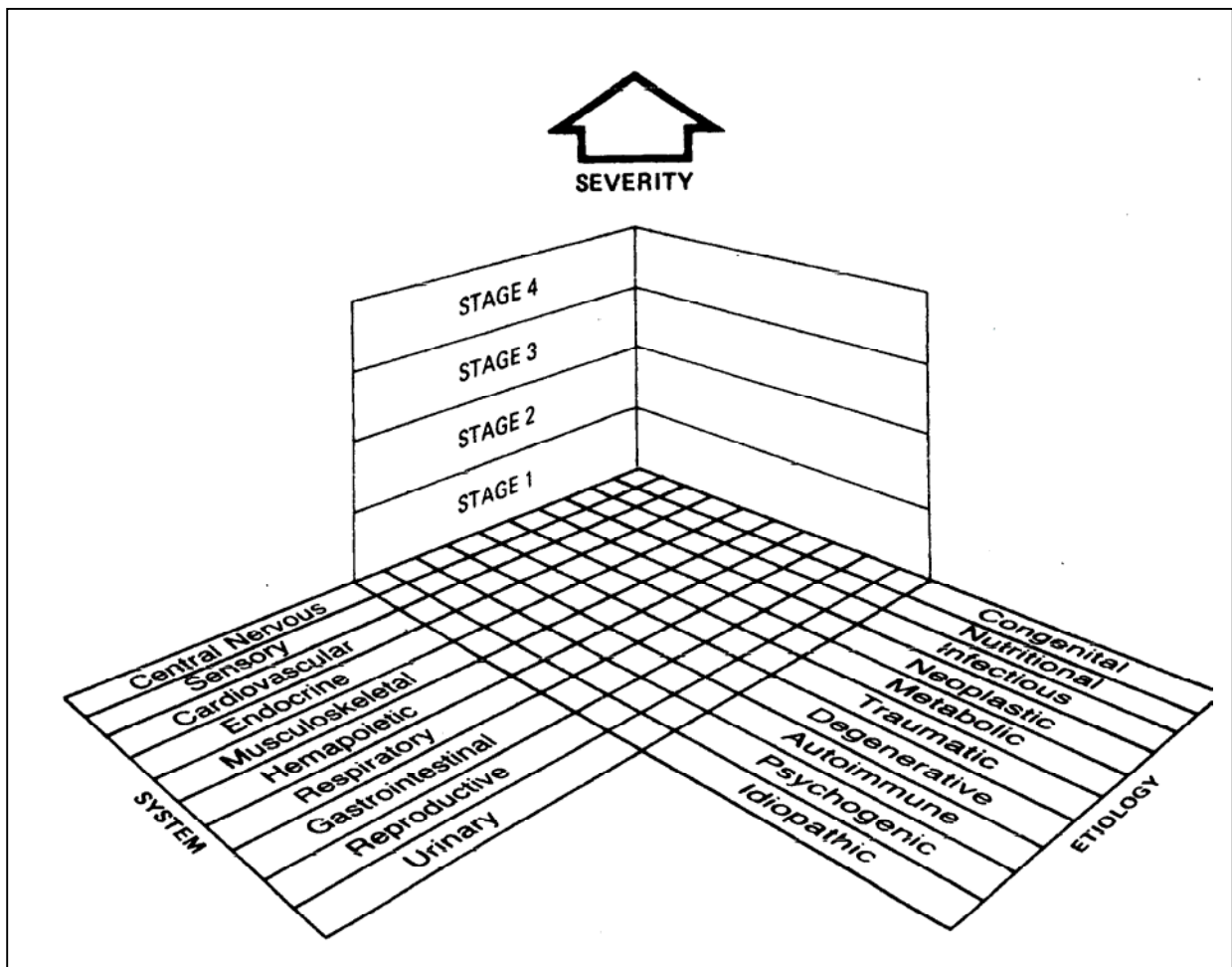


Figura I -1 Taxonomía de la Enfermedad. (tomado de Gonella)

La investigación del Dr. Gonella se realizó en 373 hospitales generales, 103 de ellos de más de 400 camas, y 130 de menos de 100 camas. Como variables de

estratificación de la muestra se contemplaron la raza, la compañía aseguradora, el diagnóstico y el tiempo transcurrido desde el alta. En total se estadiaron 392.181 casos. Se observó una asociación clara entre estadios mas graves a medida que aumentaba la edad. Los pacientes ingresados via urgencias tuvieron mayor gravedad y probabilidad de muerte que los ingresados por la via ordinaria. Los pacientes procedentes de Medicare como compañía aseguradora y los de hospitales privados tuvieron mayores niveles de gravedad.

En conclusión, la estadización de la enfermedad mide la gravedad en los sistemas de case-mix hospitalario.

Es evidente que en psiquiatría no podemos seguir este modelo clasificadorio basado en sistemas o aparatos y tipos de etiologías, ya que desconocemos en profundidad los sistemas cerebrales y las etiologías como para poder parangonar este sistema clasificadorio de las enfermedades médicas. Por el contrario se trataría de clasificar en base a una matriz de síntomas (psicopatología) por un lado, y de los efectos de la misma sobre el funcionamiento global, discapacidad, conductas autolesivas, y demas efectos sobre las relaciones familiares y sociales.

1.2.3 Otros Sistemas de Case-Mix.

Los sistemas de Case-Mix se desarrollan fundamentalmente en Estados Unidos. Las clasificaciones más importantes desarrolladas en sintesis son :

- Lista A de la CPHA (Ann Arbor: Comission on Professional and Hospital Activities. 1978), 398 grupos de pacientes con la misma estancia hospitalaria,

cada uno de los cuales se subdividía en 5 grupos según, edad, existencia de intervenciones quirúrgicas, etc.

- El Acute Physiology and Chronic Health Evaluation -APACHE II- (Knaus WA, Zimmerman J, Wagner DP. 1981) sistema para Unidades de Cuidados Intensivos con 33 criterios clínicos y biológicos.
- El Severity Index desarrollado por S. Horn (1983) en la Universidad de John Hopkins, es también una clasificación de iso-gravedad. Utiliza 7 parámetros, estadio del diagnóstico principal, comorbilidades, grado de respuesta al tratamiento, complicaciones, afectación residual, dependencia de enfermería y procedimientos no quirúrgicos, en cada uno de los cuales hay 4 grados de gravedad creciente. Se desarrolló para este sistema un procedimiento informatizado, el CSI (Computerized Severity Index).

Otros Sistemas se basan en medidas de ISOCONSUMO:

Los Patients Management Categories -PMC- desarrollados en el departamento de investigación de Blue Cross en Pennsylvania (Young W, 1982) basados en grupos homogéneos respecto al proceso de cuidados hospitalarios, es decir pone el énfasis en el tratamiento clínico deseable. Lleva asociado una protocolización de lo que sería el tratamiento idóneo.

1.2.4 GRDs (Grupos Relacionados con el Diagnóstico).

Por último, el sistema de los GRDs (Grupos Relacionados con el Diagnóstico), que fueron desarrollados en la Universidad de Yale (Fetter RB y cols, 1980)

La medición del producto hospitalario implica considerar al hospital como una empresa de servicios (Ahicart, 1991). Los GRDs constituyen un sistema de medición del producto hospitalario que crea grupos de casos atendidos homogéneos (por ej pacientes con diabetes), agrupaciones de pacientes con un nivel similar de servicios requeridos (estancia media por grupos diagnósticos). El sistema de los GRDs puede mejorar la eficiencia de los hospitales midiendo unidades de costes y es un sistema de evaluación de resultados (outcomes). Los sistemas de agrupación de casos tipo case-mix ilustran de manera eficiente la medición del producto final hospitalario. Han supuesto una norma y un consenso sobre como medir el producto final hospitalario y como gestionarlo (Ahicart, 1991).

Otros sistemas de Case-Mix basados por ej. en medir grupos de isogravedad, han quedado como complementarios para poder explicar la variabilidad entre grupos. Los GRDs constituyen unidades razonablemente homogéneas de costos, dotados además de significación clínica lo que los hace adecuados para el establecimiento de estrategias de mejora de la eficiencia implicando además a los profesionales sanitarios en las funciones de gestión relacionadas con los costes.

Los GRDs consisten en un sistema de clasificación de todos los episodios de hospitalización en grupos de ISOCONSUMO de recursos de 470 grupos que agrupan todas las patologías médicas y quirúrgicas (Casas M, 1991).

El objetivo de este sistema fue la construcción de un sistema de grupos en los que se esperaba una misma utilización de servicios y de pruebas diagnósticas o intervenciones quirúrgicas. La metodología empleada incluyó el juicio de expertos y análisis estadísticos de grandes bases de datos. Se partió de unas Categorías Diagnósticas Mayores (CDM) y unas jerarquías en función de la edad y de las posibles complicaciones médicas o quirúrgicas.

Las Categorías Diagnósticas Mayores se establecen en función de los sistemas o aparatos orgánicos afectados y son 23. La categoría 19 es precisamente la de los Trastornos Mentales. Para clasificar un GRD es preciso información sobre, edad, sexo, diagnóstico principal, otros diagnósticos presentes, procedimientos y circunstancias del alta (a domicilio, traslado, defunción, etc). Los casos marginales (outliers) o casos atípicos que se apartan mucho de las cifras de estancia medias, se excluyen.

Los GRDs son el método de medición de la producción hospitalaria más potente, extendido y validado y se renueva constantemente (Casas M, 1991).

GRDs Psiquiátricos, Categoría Diagnóstica Mayor 19 (Versión 3.0):

- 425 Reacciones de Adaptación
- 426 Neurosis Depresiva (Distimia)
- 427 Otras Neurosis excepto la depresiva
- 428 Tr de la Personalidad y de la Impulsividad
- 429 Retraso Mental y Otros Tr Orgánicos
- 430 Psicosis
- 431 Tr Mentales de la Infancia y Adolescencia
- 432 Otros Tr Mentales
- 424 GRD Quirúrgico: Intervención con Diagnóstico principal de trastorno mental.

Las estancias medias de los GRDs psiquiátricos podemos verlas en la tabla siguiente:

Tabla I-1 Estancias Medias de los GRDs Psiquiátricos.

GRD	Descripción	Estancia Media (días)	Estancia Media Depurada (días)
425	Reacciones de Adaptación	14,0	12,7
426	Neurosis Depresiva	19,2	18,3
427	Otras Neurosis (excepto n. depresiva)	18,8	17,7
428	Tr Personalidad e Impulsividad	27,0	22,7
429	Retraso Mental y Otros Tr Mentales Organicos	15,6	11,5
430	Psicosis	32,2	26,5
431	Tr Mentales de la Infancia	11,0	9,5
432	Otros Tr Mentales	36,0	36,0
424	Intervención Quirúrgica con Diag Enf. Mental	32,8	32,8

1.2.5 Sistemas de Case-Mix en la atención ambulatoria. (ACGs)

Los sistemas de clasificación de pacientes en medicina ambulatoria son también sistemas de case-mix para agrupar los pacientes en grupos de isoconsumo. La unidad de análisis para definir el producto ambulatorio sería el episodio de atención, pero existe una gran dificultad en la asistencia ambulatoria en definir cuál sería el equivalente a la estancia media hospitalaria. De otro lado es difícil utilizar las clasificaciones internacionales de enfermedades CIE-9 y tendrían que basarse más en clasificaciones de medicina primaria como la CIAP (Juncosa S, y cols. 1997)

Hay sistemas que se centran en diagnósticos, otros en encuentros o visitas y otros en episodios o por último en los pacientes. Examinamos a continuación los principales sistemas de case-mix ambulatorios.

Los Diagnostic Clusters (Scheneeweis R, y cols, 1983), agrupan diagnósticos ambulatorios que provocan una intervención clínica similar. Cada problema diagnóstico

es clasificado dentro de uno de los 104 grupos diferentes. El diagnóstico es codificado en CIE-9 o en CISAP.

En los Ambulatory Visit Groups (Fetter RB y cols, 1984), la unidad de análisis es la visita o encuentro. Su finalidad es la gestión y financiación basada en pago prospectivo. Son 571 grupos de encuentro que se espera tengan un tipo y cantidad similar de utilización de servicios. Primero se asigna cada caso a una categoría ambulatoria mayor (23 Mayor Ambulatory Diagnostic Group) y luego se tienen en cuenta los procedimientos. Los grupos finales son clínicamente interpretables y se corresponden con los GRDs.

Los Ambulatory Patient Groups (Mc Gutre TE, 1990), se consideran una revisión de los anteriores AVGs. Nacieron como respuesta a la necesidad de las autoridades de EEUU de contar con una unidad de pago en la atención ambulatoria. La unidad de análisis no es el paciente sino el encuentro. Se utiliza el tiempo de visita como variable dependiente y como variables independientes se recogen el diagnóstico en CIE-9, los procedimientos, edad, sexo y el destino del paciente. Son en total 289 grupos, 145 de procedimiento, 80 de tipo médico y 64 de tipo administrativo.

Los Products of Ambulatory Care (Tenan PM y cols, 1988) y los Products of ambulatory Surgery (Kelly WP y cols, 1990) han sido utilizados como mecanismos de pago prospectivo en EEUU (Medicaid) en Nueva York. Clasifican encuentros para formar productos ambulatorios. La variable dependiente para construir los grupos, es una medida de los servicios utilizados en cada encuentro. El algoritmo de clasificación informatizado requiere códigos CIE-9.

Por último examinaremos el que los expertos consideran en nuestro país el sistema de clasificación mas adecuado y adaptable a la primaria, aunque no como sistema de pago pero si en la planificación y distribución de recursos, los ACGs (Juncosa S, Bolibar, B. 1997)

ACGs (Ambulatory Care Groups).

Desarrollados en la Universidad de J. Hopkins en 1987 (Weiner J, Starfield B. 1991). Tienen una visión longitudinal de la atención sanitaria, estan orientados al paciente y describen bien el case-mix de una población de referencia. Constituyen una herramienta a fin de describir la complejidad similar en grupos de pacientes. Agrupan pacientes y no visitas o procedimientos. Miden la carga de morbilidad de una población concreta y a partir de aquí se pueden explicar las variaciones en el uso de servicios.

Los criterios para adscribir un paciente a un ACG tiene que ver con: la persistencia o recurrencia esperada de una enfermedad, problema de salud o condición a traves del tiempo, la probabilidad de que el paciente haga una 2ª visita por ese problema de salud, la probabilidad de que sea preciso una derivación al especialista, los costes esperados en procedimientos diagnósticos y terapéuticos, la probabilidad de que el paciente requiera hospitalización, la probabilidad de que el paciente acabe con una incapacidad y por último, la probabilidad de que el problema de salud acabe con una disminución de la expectativa de vida.

Para situar a un paciente en un ACG, es necesaria información sobre, edad, sexo, y problemas de salud codificados en CIE-9 atendidos durante un período de tiempo. En una primera etapa se asigna cada caso a un Ambulatory Diagnostic Group (ADG) de 34 categorías. Posteriormente los ADGs similares se agrupan en 12

Collapsed Ambulatory Diagnostic Groups en función de la persistencia del diagnóstico, y posteriormente una nueva agrupación en uno de los 25 Major Ambulatory Categories. Finalmente, basándose en la edad, el sexo, la presencia o ausencia de ADGs y su número, se distribuyen en alguno de los 51 ACGs.

Los ACGs establecen la comorbilidad ambulatoria. Para el proceso de agrupación y tratamiento informático, se utiliza un programa informático (ACG grouper). Los ACGs posibilitarían medir la carga de morbilidad de una población de referencia (case-mix de la población).

Los ACGs pueden aplicarse, para calcular la financiación estableciendo el presupuesto global de un proveedor basándose en el case-mix de la población a su cargo, en la gestión y control de calidad, dado que se basan en la premisa de que la variación en la utilización de recursos esta directamente relacionada con los problemas de salud de cada caso durante un período determinado, y en la investigación ya que los ADGs generan una clasificación genuina de episodios de atención basada en el pronóstico. El sistema permite identificar individuos de riesgo en la población y cohortes homogéneas respecto a su complejidad (Juncosa S, 1997).

1.2.6 Estudios de Case-Mix en Psiquiatría.

Susan D. Horn y cols (1989), estudian una muestra de 1672 casos de 10 hospitales de diferente tipo, encaminado a determinar si el Índice de Gravedad de Enfermedad Psiquiátrica (PSI) podía generar grupos de case-mix psiquiátrico más homogéneos que los GRDs psiquiátricos. Se obtuvo como resultado que 4 grupos de PSI explicaban entre el 34-50 % de la varianza de la duración de ingreso, en tanto que los 9 GRDs psiquiátricos solo explicaban entre el 6-14 % de la varianza de la estancia

media. Los GRDs psiquiátricos subdivididos por los 4 grupos del PSI, explicaban entre el 40-54 % de la varianza.

Los autores plantean el problema de la falta de homogeneidad y de poder predictivo de uso de servicios de los 9 GRDs psiquiátricos incluidos en la categoría mayor nº 19 de la clasificación. Esta poca capacidad predictiva de los GRDs psiquiátricos dio lugar a que los pacientes psiquiátricos fueran excluidos del sistema de pago de Medicare en EEUU.

Por algunos autores se ha intentado construir grupos homogéneos con más poder predictivo incluyendo medidas de gravedad de enfermedad psiquiátrica.

Los criterios de diagnóstico (Hibberd T, Trímboli F, 1982) tenían algun poder predictivo de la duración de los ingresos, pero las características sociodemográficas no. La relación entre duración de ingreso inicial y nº de reingresos, también se ha establecido, en el sentido de que una hospitalización más resolutiva, es menos probable que vaya seguida de reingresos. Los pacientes con mayor duración de ingreso es menos probable que reingresen.

Al compararse pacientes con reingresos y pacientes con un solo ingreso (Schanding D, y cols 1984), no hubo diferencias significativas en variables sociodemográficas ni en los diagnósticos pero sí en cuanto a la menor cobertura de seguro. Los pacientes sin seguimiento posterior al alta tenían más reingresos. El método de pago por diagnóstico redujo el nº de ingresos pero aumentó el nº de reingresos.

Otros autores (Rupp A, Steinwachs DM, Salkever DS, 1985) han investigado la duración de la estancia hospitalaria y el tipo de hospital (docente, público, monográfico, general). Los hospitales públicos tienen ingresos más cortos y los monográficos ingresos más largos.

Los GRDs psiquiátricos tienen poco poder predictivo (Taube C, Lee ES, Forthofer RN, 1984). Incluyendo características del paciente y del tipo de tratamiento, aumentaba la capacidad predictiva de los GRDs. Dada su poca capacidad predictiva se añadió información sobre la gravedad del caso y esto aumentó la capacidad predictiva, tanto en la duración del ingreso como del nº de reingresos (Gruber JE, 1982)

S. Horn y cols (1989) establecen un Índice de Gravedad de Enfermedad Psiquiátrica mediante 7 dimensiones de gravedad que examinamos a continuación: (ver tabla I - 2)

- Grado de Incapacidad respecto al diagnóstico principal con un escalado de 4 grados, mínimo, leve, grave y muy grave (peligro para sí mismo o para otros)
- Complicaciones con 4 grados respecto a las condiciones previas del paciente, sin complicaciones, complicaciones con efecto evidente pero transitorio, efectos graves y efectos muy graves sobre el curso
- Interacciones, comorbilidad en eje I y eje II con 4 grados
- Nivel de cuidados precisado durante la hospitalización con 4 grados
- Apoyo Social, grado de soporte exterior
- Grado de Respuesta a la Terapia también con 4 grados
- Grado de Resolución de Síntomas Agudos

Aplicando este Índice los autores determinan diferencias en gravedad de pacientes entre hospitales universitarios, hospitales gratuitos (psiquiátricos) e instituciones privadas y los hospitales generales (con menor gravedad de casos). Encuentran que hay una homogeneidad de costes y de estancia media. La homogeneidad de los grupos mejoraba cuando los casos extremos eran descartados. Los GRDs solo explicaban entre un 3-16 % de la varianza de la duración de ingresos.

Tabla I-2. INDICE DE GRAVEDAD DE ENFERMEDAD PSIQUIATRICA

(Severity Index S. Horn 1989)

Dimensiones de
Gravedad

Grados

1

2

3

4

Grado de incapacidad en relacion al Diagnostico Principal	Minimamente Incapacitado	Levemente Incapacitado	Gravemente Incapacitado	Muy Gravemente Incapacitado. Peligro para si mismo o para los demás
Complicaciones/Interacciones Condiciones previas del paciente. Comorbilidad en Eje II ó en Eje III	No complicaciones o Efecto minimo sobre la Estancia hospstalaria	Efecto evidente pero con carácter transitorio	Efectos graves sobre la Estancia hospitalaria	Efectos Muy Graves Sobre el curso hospitalario
Nivel de Cuidados precisados durante la hospitalizacion	Bajo	Moderado	Alto	Muy Alto
Apoyo Social	Bueno	Menor del adecuado	Pobre	Perjudicial
Grado de Respuesta Terapéutica	Inmediata	Mejoría evidente pero Lenta	Mejoría Incompleta	No hay mejoría
Grado de Resolución de Síntomas Agudos	Completa con vuelta a la normalidad	Buena pero incompleta	Incompleta con incapacidad	Sin resolución. Persistencia grave de síntomas.

Los cuatro niveles de PSI explicaban entre el 22-72 % de la varianza de la duración de ingresos y descartando casos extremos, entre el 49-84 %. Los PSI mejoraban los GRDs. Combinando los PSI con los GRDs, aumentaba la capacidad predictiva del 25 al 84 %. En todos los hospitales la estancia media crecía cuando aumentaba el PSI.

Boot B, Hall W, y Andrews G (1997), analizan el case-mix, la discapacidad y los resultados del tratamiento en 18 Unidades Psiquiátricas en Australia a fin de evaluar las diferencias entre Unidades Psiquiátricas de Hospitales Generales y Hospitales Psiquiátricos públicos y privados, mediante un protocolo que incluía el grupo GRD, una escala de resultados (HoNOS) y un cuestionario de calidad de vida en relación a la salud (SF-36). Estudiaron una muestra de 1359 pacientes en total que se asignaron a un GRD. Las escalas de evaluación se administraron en el ingreso y al alta. Se estudiaron variables sociodemográficas y la duración de la estancia media. Los tres tipos de hospitales tuvieron medidas de resultados en el HoNOS similares, no así en estancia media, mas alta en los hospitales privados. Los diagnósticos que predijeron ingreso mas largo fueron los de trastorno esquizofrénico y depresión mayor con un intervalo entre 15-25 días. El domicilio, la localidad, la discapacidad funcional y la presencia de trastorno del humor, predijeron mayor duración del ingreso, mientras que el comportamiento suicida y la heteroagresividad predecían una duración menor. Los datos del HoNOS aumentaron la predicción de ingresos. El diagnóstico, el tipo de hospital y la edad eran predictores de mayor duración de ingreso. Por diagnósticos, los pacientes con TOC, trastorno de alimentación, esquizofrenia y trastorno afectivo mayor, tenían mayores estancias. Las estancias mas cortas estaban asociadas a diagnósticos de abuso de drogas y alcohol. Los GRDs comórbidos y el sexo no fueron predictivos de mayor duración de ingreso. Los GRDs mas cinco items del HoNOS aumentaron

considerablemente la predictibilidad de la duración del ingreso. Los problemas de alojamiento, la presencia de trastornos del humor y un funcionamiento global pobre, aumentaban la duración de ingreso, mientras que el comportamiento agresivo o suicida implicaban menor duración.

Durbin J, Goering P, Pink G, y Murray M (1999) mejoran la capacidad predictiva de los grupos diagnósticos mediante el Índice Computarizado de Gravedad de Enfermedad Psiquiátrica (CSI), a fin de predecir la estancia media de ingresos. Entre los pacientes psicóticos, la mayor gravedad durante el ingreso fue el mejor predictor de la duración del ingreso, mientras que en los pacientes con depresión mayor fué un aumento de la gravedad posterior al ingreso.

Mitchell JB, Dickey B, Liptzin B, Sedever LLI (1987) tratan de afinar la capacidad predictiva de los GRDs mediante un nuevo sistema de agrupación en 16 categorías que van desde las neurosis depresivas (distimias) pasando por otros trastornos de ansiedad, hasta las categorías de Abuso/Dependencia de Sustancias. Este nuevo sistema conocido como CRGs (grupos clínicamente relacionados) es comparado en cuatro estados (Michigan, New Jersey, North Carolina y Washington) y demuestran una leve mejoría la capacidad predictiva de estancias hospitalarias y costos, pero no resuelve el problema de los sistemas de pago prospectivo.

Otros autores (Gordon RE, Jardiolin P, Gordon KK, 1985) plantean que la duración de la estancia media, esta aumentada en relación al estrés y disminuida en relación a la puntuación GAF (elevado). Los autores proponen un índice basado en el

cociente Eje IV/Eje V de tal forma que, Duración de Ingreso = estrés psicosocial/puntuación GAF.

Sloan y cols (2006) desarrollan y validan un sistema de clasificación de casos psiquiátricos basado en el diagnóstico. Revisan los sistemas de case-mix en salud mental conocidos y los comparan con el sistema PsyCSM diseñado por ellos.

El sistema PsyCSM tiene 46 categorías, 14 de ellas con diagnósticos de abuso de sustancias y 4 códigos V en los que incluyen problemas laborales y de vivienda de los pacientes “sin techo” y los “sin trabajo”. Estas 46 categorías agrupan las 526 categorías diagnósticas de la CIE-9. Para construir las categorías utilizaron 4 jerarquías, una para los trastornos del humor y psicóticos, otra para los trastornos de ansiedad, una tercera para los trastornos por abuso/dependencia de alcohol y una última para los de abuso/dependencia de otras drogas.

Los autores de este trabajo analizan una muestra de 914.225 pacientes de la VA (administración de veteranos) durante el año 1999, encontrando que el 29,6 % tenían un diagnóstico de Salud Mental. El objetivo del trabajo fue establecer un sistema (el PsyCSM) de clasificación y distribución de casos con valor predictivo de carga asistencial (gastos y frecuentación de servicios). Utilizaron las bases de datos asistenciales de la VA ambulatorios y de internamiento. Como variables dependientes, gastos totales, número de visitas ambulatorias y días de internamiento de diverso tipo. Como variables independientes, la edad, sexo y diagnóstico CIE-9. Para delimitar el nº final de categorías del PsyCSM, eliminaron aquellas categorías que tenían menos de un 1 % de pacientes y las incluyeron en otros grupos diagnósticos similares.

Mediante métodos estadísticos (regresión de mínimos cuadrados ponderados), obtuvieron que el modelo del PsyCSM explicó significativamente la varianza actual y

futura de los costos, de la utilización de servicios ambulatorios y de los ingresos. El sistema PsyCSM fue comparado con los otros sistemas de distribución de casos (ACGs -ADGs, VA - MH12, DCG- HCC y CDPS), resultando significativamente mejor predictor en cuanto a utilización de servicios y costos, si bien no analizaron perfiles clínicos de pacientes.

Seva-Diaz A y Seva-Fernandez A (2003) analizan la distribución de altas de 10.974 ingresos psiquiátricos producidos entre 1975 y 2000 en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Clínico de Zaragoza. Estos autores analizaron las diferencias en cuanto a estancias medias y sexo, edad, estado civil, ocupación, clase social, lugar de residencia y entidad de financiación (seguridad social u otros) y los diagnósticos psiquiátricos. Se estudio tambien la influencia de la comorbilidad o complicaciones asociadas a la edad.

Los autores señalan la gran pobreza de las categorías GRDs. Por ejemplo, dentro del GRD 430 (Psicosis), se incluyen la mayor parte de la patología propiamente psiquiátrica, pero sin tener en cuenta por ej. si se trata de una psicosis orgánica o una de tipo esquizofrénico. Tambien el diagnóstico de Otras Neurosis (GRD 427) diferentes a la Neurosis Depresiva (Distimia), se considera igualmente por Seva y cols como obsoleto y el ya mencionado 430 como “cajón de sastre”.

Por otro lado, la diversidad de factores psicosociales que influyen en la patología asistida, no se pueden estadiar como gravedad. Además, los GRDs solo explican en psiquiatría un 5,6 % de la varianza de la estancia media.

Algunos autores como Mezzich y Sharfstein (1994), recomiendan incluir índices de gravedad y psicosociales.

Las estancias medias oscilaron entre 9,2 días para la Distimia y los 13,2 para las Psicosis. En general, Seva y cols consideran los GRDs psiquiátricos como desfasados en relación al desarrollo actual de la clínica psiquiátrica, por lo que estiman deberían ser modificados.

1.3 Gravedad en Psiquiatría.

La gravedad de los trastornos mentales ha sido estudiada sobre todo en relación a los trastornos de peor pronóstico como por ejemplo la esquizofrenia, y en estudios de seguimiento desde unidades hospitalarias, pero no tanto en estudios de ámbito ambulatorio y en una perspectiva general y comparativa de todo el abanico de la patología psiquiátrica. Los trastornos mentales graves (TMG) son muy persistentes, incapacitantes, producen graves alteraciones de la convivencia familiar, de las relaciones laborales y de vecindario. Algunos de ellos son especialmente graves y requieren equipamientos de tipo residencial y ser supervisados toda la vida (Health Care Reform for Americans with Severe Mental Illnesses: Report of the National Advisory Mental Health Council, 1993).

Por ello es preciso definir criterios claros de gravedad a fin de poder evaluar y planificar el tipo de equipamientos y de recursos de todo tipo que necesitan, para lo cual es preciso disponer de estudios a partir de los cuales puedan cuantificarse la cantidad, la cualidad y el costo de dichos servicios (case-mix).

Por exclusión el resto de trastornos, los Trastornos Mentales No Graves o Trastornos Mentales Comunes (JM Haro, 2008), tienen sobre todo una repercusión a nivel de sufrimiento personal, no son propiamente incapacitantes, si bien tienen costos a nivel laboral (bajas por incapacidad transitoria), personal y familiar. Además producen una ingente cantidad de consultas en las Areas Básicas de Salud (Sicras Mainar A, 2007; Llorente S y cols, 1996; García LJ, 1996; Ortega MA, y cols, 2004).

1.3.1 Estudios Epidemiológicos.

1.3.1.1 Estudios Epidemiológicos basados en el ECA (Epidemiologic Catchment Area) de la década de los 80.

El estudio de Myers y cols (1984) de prevalencias a lo largo de 6 meses en tres comunidades (New Haven, Conn, Baltimore y St Louis) con 9000 adultos entrevistados mediante la DIS, entrevista estructurada en el que colaboraron las Universidades de Yale, John Hopkins, Washington, Duke y UCLA.

Los trastornos mas prevalentes resultaron ser : fobias, abuso /dependencia de alcohol, distimia, y depresión mayor. Mas frecuentes en hombres, el abuso/dep de alcohol y mas frecuentes en mujeres, las fobias y las depresiones. Las prevalencias de los trastornos psiquiátricos descienden despues de los 45 años. (ver tabla I - 1 Anexos 2, pag 187).

El estudio de Robins y cols (1984) de prevalencias-vida de 15 trastornos psiquiátricos en las mismas areas de captación que el anterior, mediante la entrevista DIS. Los diagnósticos mas comunes fueron, el abuso/dependencia de alcohol, las fobias, el episodio depresivo mayor y el abuso/dependencia de drogas. Los trastornos mas predominantes en hombres fueron, la personalidad disocial y el abuso/dependencia de alcohol. En mujeres, los episodios depresivos y las fobias. El grupo de edad con las prevalencias mas altas para la mayoría de trastornos, se encontró en los adultos jóvenes (edad entre 25 y 44 años). Se encontraron correlaciones para raza, educación y habitar en zonas urbanas.

1.3.1.2 Estudio de Kessler y cols (1994) de Prevalencia anual y a lo largo de la vida. Informe Nacional de Comorbilidad (NCS).

Estudio epidemiológico a gran escala dirigido por este autor del Instituto de Investigación Sociológica de la Universidad de Michigan, utilizando la entrevista estructurada CIDI que genera diagnósticos DSM-III-R, por entrevistadores no profesionales a un total de 8098 encuestados de entre 15-54 años. Se descartaron del estudio los mayores de 54 años, ya que los estudios del ECA habían demostrado que las prevalencias eran considerablemente más bajas. En este estudio se examinó especialmente la comorbilidad entre trastornos mentales y abuso de drogas. La muestra era de pacientes ambulatorios a diferencia del ECA que se centró mas en pacientes ingresados y las post-altas.

Los trastornos más frecuentes fueron (ver tabla I -1 en Anexos 2) los trastornos afectivos (19 % de prev-vida), entre ellos el TDM (17 %), y la Dependencia de Alcohol (14 %). Los siguientes trastornos mas frecuentes, las Fobias (fobia social 13 %, fobias simples 11 %). Con algún trastorno de ansiedad 25 % (la ¼ parte de la población). Como grupo, los trastornos por abuso de sustancias (26 %) y trastornos de ansiedad (25 %) fueron mas prevalentes que los trastornos afectivos (19 %). Uno de cada cuatro entrevistados informó de un trastorno de abuso de sustancias y un nº similar de trastorno de ansiedad. Uno de cada cinco, un trastorno afectivo. Los autores sugieren que los trastornos de ansiedad son más crónicos que los trastornos por abuso de sustancias o afectivos. Otros trastornos menos prevalentes fueron, el trastorno de personalidad disocial (3,5 %) y los trastornos psicóticos (0,7 %). (ver tabla I -1 pag. 187 en Anexos 2).

Es de destacar en este NCS, que el 48 % de la muestra de población general informó de algún trastorno mental/abuso de sustancias, y un 29 % de prevalencia en los últimos 12 meses. No se observaron diferencias significativas en cuanto a sexo en los totales, pero si en trastornos particulares.

El NCS demuestra una presencia de comorbilidad muy importante (2,1 trastornos/persona). El 52 % de los entrevistados no refirieron ningun trastorno. El 21 % un trastorno crónico. El 13 % dos trastornos crónicos y el 14 % al menos 3 trastornos crónicos. La sexta parte de la población tenía alta comorbilidad.

Respecto a la Utilización de Servicios, tan solo 4 de cada 10 entrevistados con historial de al menos un trastorno, habian recurrido a la ayuda de algun profesional y solo 1 de cada 4 habian acudido a servicios especializados, y 1 de cada 12 acudieron a servicios de atención a las drogodependencias. El informe concluye en que la gran mayoría de pacientes psiquiátricos/abuso de sustancias, no habian recibido un tratamiento reciente (último año).

En cuanto a las variables sociodemográficas (sexo y edad): las mujeres presentaron mayores prevalencias en trastornos afectivos y trastornos de ansiedad, y los hombres mayores prevalencias en abuso de sustancias y trastorno disocial de la personalidad. Estos datos se reproducen en los del ECA-Study, si bien con prevalencias, en general, más bajas (ver tabla I -1 Anexos 2, pag 187).

Las mujeres presentaron mayores trastornos comórbidos. Respecto a la edad, los hallazgos fueron contrarios a lo esperado. Las prevalencias mas altas lo fueron en el tramo de edad entre los 25-34 años y prevalencias decrecientes en tramos de edad posteriores. Asimismo las prevalencias de todos los trastornos mentales, disminuyen con el nivel de ingresos y el nivel de instrucción.

El NCS se actualiza cada año (Kessler y cols, 2005) y proporciona numerosa información sobre prevalencias y gravedad de trastornos DSM-IV. Utilizando la entrevista CIDI entre 2001 y 2003 se han replicado datos sobre prevalencias (12 meses) con los siguientes resultados: Tr Ansiedad 18,1 %, Tr Afectivos 9,5 %, Tr de la Impulsividad 8,9 %, Abuso de Sustancias 3,8 % y por último el total con algun

trastorno 26,2 %. Del total de trastornos encontrados fueron clasificados como graves 22,3 %, moderados 37,3 % y leves 40,4 %. Para evaluar la gravedad se tuvieron en cuenta los siguientes indicadores: intentos de suicidio en los 12 meses previos de elevada letalidad, discapacidad laboral importante, diagnóstico de psicosis no afectiva, diagnóstico de trastorno bipolar I o II, dependencia de sustancias con graves limitaciones en el funcionamiento global o, por último, trastornos del control de impulsos con repetidos episodios de heteroagresividad. El 55 % tuvieron un solo diagnóstico, el 22 % dos diagnósticos y el 23 % tres o más diagnósticos.

El estudio ECA confirmó (Muñoz Rodríguez, 2005), los resultados de otros estudios europeos : a) una gran proporción de personas padece un trastorno psiquiátrico que es diagnosticado con criterios nosológicos precisos, b) solo una pequeña parte de estos, están siguiendo tratamiento con un profesional y c) el riesgo de padecerlos, está asociado a algunos factores como el sexo y la pertenencia a clases sociales desfavorecidas. Excluidas las fobias, $\frac{1}{4}$ de la población general presenta trastornos psiquiátricos crónicos (depresión mayor, trastorno de pánico y de abuso de sustancias).

1.3.1.3 Estudio ESEMED (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders, Alonso y cols, 2004). Realizado en seis países europeos, mediante una encuesta personal domiciliaria. En España se realizó en una muestra representativa de población general de 5.473 individuos con una versión de la CIDI desarrollada por la OMS.

Casi un 20 % de los participantes presentó algún trastorno mental en algún momento de su vida (prevalencia-vida) y 8,4 % en los últimos 12 meses (prevalencia-año) (Haro, J.M. 2008). El trastorno mental más frecuente fue el episodio depresivo mayor (3,9 % prevalencia-año y 10,5 % prevalencia-vida), seguido de la fobia específica (4,52 %), la

distimia (3,65 %) y el trastorno por abuso de alcohol (3,55 %). Los trastornos de ansiedad fueron ligeramente más frecuentes que los trastornos del estado de ánimo según los datos de prevalencia-año (5,1 % frente a 4,3 %) aunque este dato se invierte cuando se considera la prevalencia-vida (9,3 frente a 11,4 %). En las mujeres, la prevalencia de la mayoría de los trastornos de ansiedad (exceptuando la fobia social) y del ánimo duplicó a la de los hombres. Por el contrario, los hombres presentaron mayor frecuencia de trastornos por abuso de alcohol. La prevalencia de los trastornos psicóticos no fue evaluada dentro del estudio ESEMED (ver tabla I -5 Anexos 2, pag 189).

1.3.1.4 Los estudios epidemiológicos de TMG se basan en dos fuentes de información (Autonell J, 2008): Estudios poblacionales y estudios basados en Sistemas de Información Sanitaria. Los primeros tienen mayor complejidad que los estudios de los trastornos mentales comunes. Los basados en los Sistemas de Información Sanitaria evalúan la prevalencia asistida y son muy heterogéneos entre las distintas Comunidades Autónomas. Todavía en la actualidad no se ha hecho nada comparable al CMBD (conjunto mínimo básico de datos de alta hospitalaria) de las enfermedades somáticas.

Se consideran como TMG (Autonell J, 2008) a los Trastornos Esquizofrénicos y afines y los Trastornos del estado de ánimo (TDM y Trastorno Bipolar I y II). En el estado español se han encontrado tasas de incidencia del 0,13 a 0,19 por mil habitantes en esquizofrenia (Vazquez Barquero y cols, 1995). La tasa de prevalencia estaría entre 2 y 6 por mil habitantes con similar distribución de género.

Para la Depresión Mayor, la incidencia estaría entre 3 y 6 casos por mil habitantes (Rosman, 1990). La prevalencia-año estaría entre el 3 y 5 % y la prevalencia-vida

alrededor del 10 % (Weissman, 1996) con gran variabilidad entre países. Para los trastornos bipolares, la variabilidad es aun mayor (ver tabla I -6 Anexos 2, pag 189).

1.3.1.5 Estudios en pacientes psiquiátricos ambulatorios en nuestro país: descripciones de casuística en algunas zonas del estado español.

1.- El estudio de la **Comunidad de Canarias** (La Laguna) 1991. (De Las Cuevas Castresana y cols).

Estos autores estudian una muestra de 176 pacientes ambulatorios consecutivos de la Policlínica del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de Canarias. Utilizando el cuestionario SCL-90-R, describen y determinan las características, frecuencia y perfiles de síntomas psiquiátricos y psicósomáticos, estableciendo las relaciones existentes entre los perfiles sintomáticos y las categorías diagnósticas CIE-10.

El 9 % de la muestra estaba constituido por pacientes pertenecientes a la categoría F2 (Esquizofrenia y otros tr psicóticos), el 34,7 % a la categoría F3 (Tr Afectivos), el 22,8 % a la categoría F4 (Tr Neuróticos y de ansiedad), el 18,6 % a la categoría F43 (Tr Adaptativos), y el 14,4 % a la F6 (Tr de Personalidad) (ver tabla I - 3 Anexos 2, pag 188).

La dimensión sintomática más relevante (SCL-90-R) fue la depresión, seguida de la ansiedad, obsesión-compulsión y somatización. El psicoticismo obtuvo la puntuación, con diferencia, más baja.

Encuentran diferencias en los perfiles sintomáticos entre hombres y mujeres: hombres más perfil de obsesión-compulsión y sensibilidad interpersonal, y mujeres más perfil de ansiedad y somatización. La dimensión sintomática de depresión dio los máximos valores en ambos sexos. No hubo diferencias significativas respecto a la edad. Los pacientes separados, obtuvieron puntuaciones más elevadas en varios perfiles (depresión) e índice de estrés sintomático.

Los autores concluyen que al igual que en la mayoría de estudios epidemiológicos comunitarios, las mujeres registran una prevalencia dos o tres veces mas alta que los hombres. Las explicaciones de estas diferencias implican teorías genéticas, hormonales y ambientales, en especial el estrés psicosocial y el apoyo social. Otras teorías abundan en complejas hipótesis en relación a los roles sexuales en Occidente que darían lugar a una mayor disposición a solicitar ayuda. Los pacientes psiquiátricos ambulatorios presentan valores más altos en todas las dimensiones sintomáticas e índices globales, que la población general. Las mujeres presentan mayores índices de distrés psicológico que los varones, pero una vez presentan patología, no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres.

2.- Estudio de Morbilidad -9 meses- en un Centro de Salud Mental Comunitario (Palao, y cols. 1996) en **Mollet del Vallés** (Barcelona).

En una muestra de casos nuevos remitidos a un CSM durante 9 meses de 1.153 pacientes, los autores obtienen una alta morbilidad de Tr Afectivos (38,25 %), de Tr de Ansiedad (16,13 %) y de Tr Adaptativos (14,6 %). Los Tr Psicóticos se sitúan entorno al 10 %. No se incluyen Tr por Abuso de Substancias dado que las redes asistenciales son distintas. (Anexos 2 tabla I - 4, pag 188)

Los autores comparan dichas prevalencias con las de estudios en EEUU (Kessler y cols, 1994) y Europa (OMS. Lecubrier y cols 1994), encontrando que los Tr de Ansiedad eran menos prevalentes que en dichos estudios. En cambio respecto a los Tr Afectivos, encuentran cifras muchos mas altas, lo que ponen en relación con los estudios de Goldberg y Huxley (1980), que describen los filtros de atención primaria. Los trastornos afectivos serían para estos autores “mas permeables” a los filtros de la primaria y darían lugar a la mayor utilización de servicios de Salud Mental.

La distribución para los trastornos afectivos (38 % en total) fue de 29 % para la Depresión Mayor, 7 % para la Distimia, y 2 % para el TAB.

En el caso de los Tr de Ansiedad (16 %), constatan una prevalencia mas baja que en los estudios internacionales, que relacionan con el hecho de que las fobias no dan lugar a consulta especializada. Sin embargo la prevalencia encontrada respecto al TAG si se aproxima mucho a la referenciada por Lecubrier y cols (1994) del 8 %, concluyendo que la presencia de síntomas somáticos de ansiedad es un importante motivo de consulta.

Los Tr Adaptativos (14 %) no se contemplan en los estudios comunitarios ni de primaria por la dificultad de diagnóstico fiable a través de entrevistas estructuradas. Los Tr Adaptativos mas los diagnósticos de Códigos V (problemas de relación, laborales, etc), representan un 21 % de los pacientes de la muestra.

Los Tr Psicóticos suponen un 10 % de la muestra, cifra que está lejos de la de estudios comunitarios, lo que atribuyen a la reciente creación del Centro.

El total de pacientes que recibieron atención especializada representó un 1,9 % de la población adulta del area sanitaria en el período observado de 9 meses, cifra muy inferior a la de estudios referenciados (en el estudio del ECA 1/3 de la población adulta, y en el del NCS 1/5).

Los autores concluyen : 1) los Tr Afectivos y sobre todo la Depresión Mayor son los mas prevalentes en la población estudiada, 2) Los filtros asistenciales explicarían la baja prevalencia de Tr Ansiedad en particular de las fobias, 3) Los Tr Adaptativos junto a los Códigos V, representan un porcentaje importante de la asistencia (21 %), 4) Los Tr Psicóticos suponen 1/5 de los existentes en el area sanitaria estudiada, y 5) el 1,9 % de la población adulta del area esta lejos del 5,9 % anual de los estudios comunitarios americanos asi como tambien los índices de frecuentación (3,3 frente al 14).

3.- **Perfiles de Riesgo de Enfermedad Mental en la población general en la Comunidad de Cantabria** (Vazquez-Barquero JL, Peña C, Diez Manrique JF y Liaño Rincon A, 1991). Estos autores analizan los perfiles de riesgo de enfermedad mental en la población general en la Comunidad de Cantabria, mediante una muestra de 1223 personas a las que se les aplicó el GHQ-60 por entrevistadores entrenados. Se analizaron variables sociodemográficas, estado de salud física y la utilización de servicios sanitarios.

El 47,50 % de la muestra fueron varones y el 52,49 % mujeres. El 18,6 % puntuaron por encima del punto de corte de 11/12 puntos en el GHQ-60, pudiendo ser considerados como “casos” psiquiátricos. De ellos el 11,7 % fueron varones y el 24,8 % mujeres, siendo la diferencia entre sexos significativa.

La morbilidad psiquiátrica estimada en total fue del 14,7 % de la población general (varones 9,3 % y 19,6 % mujeres). La presencia de enfermedad física fue un factor altamente significativo en condicionar la morbilidad psiquiátrica. La situación de desempleo también se asoció a la probabilidad de ser GHQ + , lo que concuerda con otros estudios (Eastwood y cols, 1972; Goldberg y Huxley, 1980, Vazquez-Barquero y cols, 1988).

El sexo femenino presenta mayor morbilidad no psicótica, lo que confirman numerosos hallazgos en este sentido (Bebbington y cols, 1981; Henderson y cols, 1981; Briscoe, 1982; Jenkins, 1985; Maureas y cols, 1986, Williams y cols, 1986). Las mujeres presentan más alteraciones somáticas y psiquiátricas de tipo menor, y también, en ausencia de patología psiquiátrica, mayor tendencia a establecer contacto con los servicios médicos y a consumir medicación psicotrópica y analgésica (Vazquez-Barquero y cols, 1990). La ansiedad-depresión es más frecuente en mujeres, y el abuso/dependencia de alcohol y drogas y los trastornos de personalidad más

frecuentes en hombres (Dohrenwend y Dohrenwend, 1976). Se considera que estos cuadros psicopatológicos constituyen modos socialmente equivalentes de responder al estrés y a la desadaptación, y de expresar el sufrimiento psicológico. Las mujeres se verían socialmente estimuladas a utilizar el lenguaje psicopatológico de la ansiedad-depresión, en cambio los varones el de las alteraciones conductuales y el consumo de tóxicos.

La edad también se asocia a la morbilidad psiquiátrica. En los dos sexos, aumenta significativamente la prevalencia, a partir de los 45 años. Solo el nivel educativo se asoció significativamente a la morbilidad psiquiátrica (niveles bajos, mayor morbilidad). El desempleo se asocia a mayor morbilidad, solo en los varones.

Los análisis de regresión logística, demostraron que solo la enfermedad física en ambos sexos, y el desempleo en los varones, son predictores de riesgo de padecer trastornos psiquiátricos, y a mayor edad, mayor psicopatología, efecto que queda diluido en el de la enfermedad física.

4.- En otro trabajo posterior Vazquez-Barquero y cols (1997) realizado en Centros de Asistencia Primaria con 823 pacientes sobre una población general de 62.839 habitantes, analizaron variables sociodemográficas, clínicas y otros factores relacionados con trastorno mental y en seguimiento a un año, a fin de determinar resultados y uso de servicios de salud. La muestra fue evaluada mediante GHQ-28, por sus propios médicos de cabecera, y en una segunda fase mediante el SCAN. La prevalencia de trastorno mental fue del 33,2 % con el GHQ, del 14,1 % diagnosticados por sus médicos de primaria, y del 31,5 mediante el SCAN. Los trastornos mentales observados incluían trastornos depresivos (depresión mayor y distimia), trastornos de ansiedad (TAG) y trastornos relacionados con abuso de alcohol y trastornos psicóticos.

La presencia de trastorno mental y el uso de servicios de salud durante el período estudiado, resultó asociada a variables sociodemográficas (edad, género y situación laboral), y al estado mental inicial. En el ámbito de la asistencia primaria, los trastornos mentales constituyeron un problema importante, a pesar de lo cual, los médicos de primaria no diagnosticaron adecuadamente una proporción substancial de dichos problemas.

Se encontró que a mayor edad, se asociaba mayor utilización de servicios en varones y menor en mujeres. En total para los varones hubo una tasa de 10,9/1000 contactos asistenciales, mientras que para las mujeres fué de 15/1000.

Se obtuvieron unas prevalencias mediante el GHQ del 24,69 en hombres y del 38,68 en mujeres, y cifras similares (un poco más bajas) mediante el SCAN. En cuanto a diagnósticos, las psicosis fueron mas prevalentes en hombres, las depresiones más en mujeres, las distimias más en mujeres, la ansiedad generalizada mucho más en mujeres y la dependencia al alcohol más en hombres.

Se encontraron prevalencias más altas en el estado civil soltero y previamente casado, y en los usuarios con menor nivel educacional. También en los no empleados.

5.- Artaso Irigoyen B, y cols (2004), estudian los casos nuevos derivados a Salud Mental, y el carácter de la derivación durante un período de 4 meses, y las características sociodemográficas, clínicas y asistenciales, mediante una muestra de 282 casos en la **Comunidad Autónoma de Navarra**.

La media de edad fue de 35,28 (17,97) y 10 % mayores de 65 años. Los diagnósticos fueron : Tr Adaptativos 21 %, Tr Neuróticos 16 %, Tr Afectivos 17 %. Dentro de los Tr Neuróticos : Tr de Pánico 4 %, Tr Ansioso-Depresivo 5 %. Dentro de los Tr Afectivos: Tr Bipolar 2 % y Tr Depresivo Mayor 12 %. Se evaluó que el 23 %

fueron trastornos mentales graves, y el 55 % trastornos mentales no graves. El 13 % diagnósticos de Infanto-Juvenil y el 9 % de Abuso de Substancias. La utilización de servicios tuvo un promedio de visitas de 2,05 (3,62).

Los autores concluyen en que, la enfermedad psiquiátrica más frecuente derivada al CSM sigue siendo la patología psiquiátrica menor, no siendo la gravedad clínica, un factor determinante de derivación. Se constató una gran derivación de Tr Adaptativos como diagnóstico de inicio, lo que se relaciona con la tendencia social a medicalizar el sufrimiento (Conde M, Luque A, Mantrana L y Ruiz I, 1999).

6.- Sicras Mainar A y cols (2007), estudian los patrones de uso de servicios y costes en pacientes de asistencia primaria de la **Comunidad Catalana** que solicitan visita por problemas mentales. Observaron que los pacientes con patología mental presentan mayor edad, mas género femenino, mayor número de pensionistas y más problemas relacionados con abuso de alcohol. Asimismo presentan más diagnósticos de trastornos depresivos y en segundo lugar más trastornos de ansiedad, siendo así que los de tipo depresivo duplican a los ansiosos. En relación a la comorbilidad con problemas de salud, dichos pacientes presentan las siguientes patologías y en orden descendente, neoplasias malignas, HTA, dislipemias, obesidad, y cardiopatía isquémica. También tienen mayor carga asistencial en visitas ambulatorias, más derivaciones a los especialistas, más pruebas complementarias y más gasto farmacéutico con mayores costes totales. Por género, las mujeres tienen más costes, sobre todo farmacéuticos. Por último, los pacientes mentales en la primaria, solicitan más atención y lo hacen con mayor intensidad en la primaria que en la especializada de salud mental.

Otros trabajos realizados en la asistencia primaria (Ortega Tallón MA y cols, 2004; Muñoz Baragaño P y cols, 1996; Llorente Alvarez S y cols, 1996), encuentran que el presentar algún problema mental se asocia a hiperfrecuentación de visitas, y también mayor edad y un nivel de estudios más bajo.

7.- Otros estudios de casuística.-

Verhaegen L (1993) estudia dos interesantes perfiles de pacientes, en base a variables socio-demográficas y tipo de abordaje terapéutico, en el **area de Bruselas**. Observa dos perfiles de pacientes ambulatorios. Uno constituido por población psiquiátrica “reciente” en los centros de salud mental comunitarios y en los servicios de reciente creación en los hospitales generales. Este primer tipo de pacientes está caracterizado por ser mayoritariamente mujeres, casados, socialmente integrados, que padecen esencialmente de trastornos afectivos y que raramente han sido hospitalizados. El otro perfil de “crónicos graves”, se caracteriza por ser mayoritariamente varones, solteros, sin vínculo social, dependientes de los servicios de bienestar social, con diagnóstico de trastornos psicóticos, que han tenido numerosas hospitalizaciones y que consultan en los servicios psiquiátricos desde hace muchos años.

1.3.2 Estudios de Evaluación de la Gravedad en Psiquiatría.

1.3.2.1 En 1993 el **Consejo Nacional Asesor en Salud Mental de EE.UU.** y a petición del Comité de Asignaciones del Senado, elabora un extenso informe (Health Care Reform for Americans with Severe Mental Illnesses: Report of the National Advisory Mental Health Council, 1993) sobre el costo de la cobertura del tratamiento médico de las enfermedades mentales. En dicho informe, que se basa en los datos del ECA-Study (Area de Captación Epidemiológica del NIMH), se sientan las bases para la definición del Trastorno Mental Grave (T.M.G.), sus prevalencias y perspectivas de tratamiento en aquellos años, datos que examinaremos a continuación.

Los T.M.G. se definen por su diagnóstico, las incapacidades que producen y la duración o persistencia de los síntomas, y son “un grupo de trastornos mentales que difieren en su causa, curso y tratamiento, muchos de los cuales son crónicos, producen niveles importantes de deterioro especialmente cuando no se dispone de tratamiento adecuado” . Aunque de entrada no se da una definición concreta y en sentido funcional del T.M.G., en su anexo nº 1 se “operacionaliza” de la forma siguiente :

Se incluyen entre ellos trastornos con síntomas psicóticos como la Esquizofrenia, trastorno Esquizoafectivo, trastorno Bipolar (tipos I y II) y formas graves de Depresión Mayor, trastorno de Pánico y trastorno Obsesivo-Compulsivo, y además,

- 1) para los pacientes con diagnóstico de Trastorno Esquizofrenico, Esquizoafectivo, Bipolar tipo I durante el último año, no se requería indicadores adicionales
- 2) para los pacientes con los diagnósticos anteriormente apuntados en algun momento de su vida, pero no durante el pasado año, solo si presentaban además,

ingresos psiquiátricos, tratamiento psiquiátrico, uso de fármacos antipsicóticos, síntomas psicóticos o una puntuación de 50 o menor en la escala GAF

- 3) Para los pacientes con diagnósticos de, Depresión Mayor, Trastorno Bipolar tipo II, Trastorno de Ansiedad con agorafobia, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, se añadían los siguientes criterios, hospitalización psiquiátrica, síntomas psicóticos, uso de fármacos antipsicóticos o una puntuación en la escala GAF de 50 o inferior.

Se incluye también entre esta población de T.M.G. un pequeño grupo refractario a los tratamientos disponibles, incluidos los esfuerzos rehabilitadores, y que requieren de equipamientos de tipo residencial para toda la vida (se incluyen aquí por ej. los “sin techo”)

La prevalencia, de estos trastornos se determinó en el estudio de seguimiento del ECA durante los años 1980-1985, ya comentada más arriba, que incluyó un año de seguimiento y que controlaba la utilización de los distintos servicios estableciéndose una panorámica de que pacientes, con que diagnósticos utilizaban determinados servicios y con que frecuencia. (ver tablas I -2, Anexos 2, pag 187). Según estos datos el 22 % de la población presentaba algún padecimiento mental proporción comparable a la de otros padecimientos orgánicos como los respiratorios (50 %) o cardiovasculares (20 %). De este 22 % solo menos de un 7 % continúan al cabo de un año con un nivel de patología importante y solo un 9 % presentan un GAF menor de 70.

Se calcula entre un 2 y 3% la presencia de algún T.M.G. (2,8 %). Otros estudios como el Informe de Comorbilidad Nacional (Kessler 1992) más recientes estimaban la prevalencia de T.M.G. definidos con arreglo a los criterios del Comité de Asignaciones del Senado (U.S.A.) en un 3,2 % de la población entre 15 y 54 años.

Este informe analiza también la eficacia de los distintos tratamientos para cada uno de los T.M.G.s estimando como muy favorable la comparación con otras especialidades

médicas (por ej. con procedimientos como la angioplastia -bypass- y la endarterectomía (ver figura I -2).

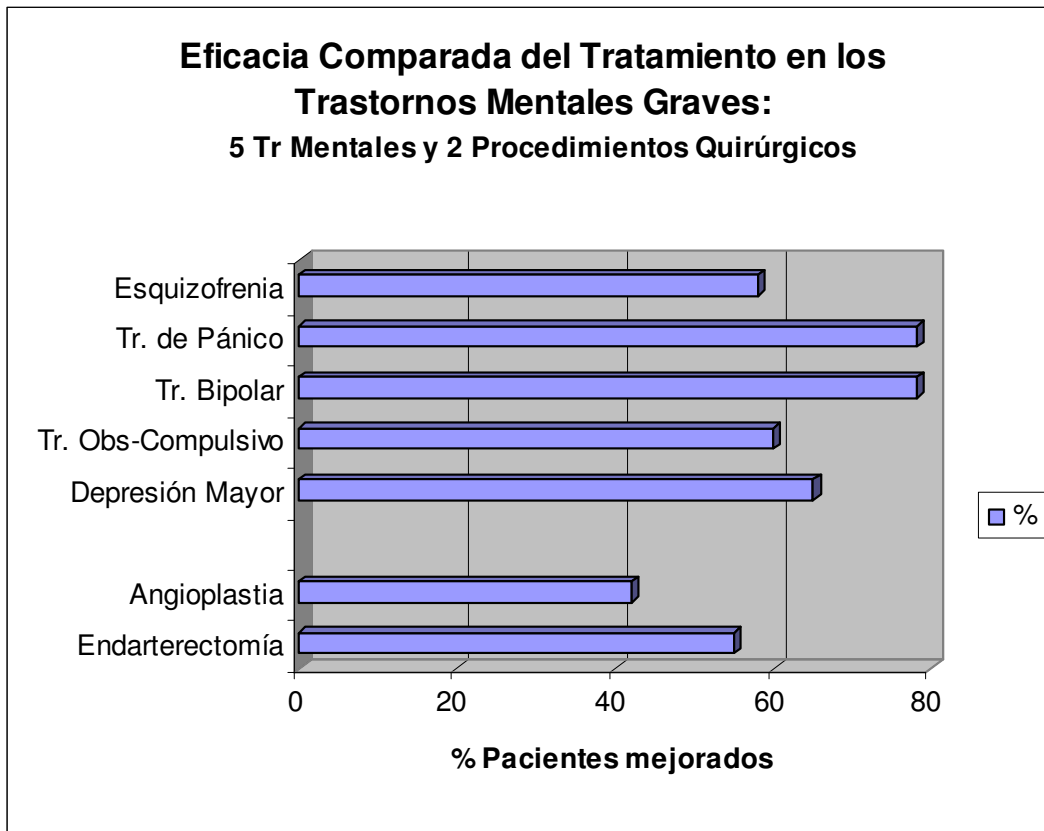


Figura I - 2. Eficacia del Tratamiento en los Tr Mentales Graves. (Health Care Reform for Americans with Severe Mental Illnesses: Report of the National Advisory Mental Health Council, 1993)

En el caso de la Esquizofrenia se señala que los datos disponibles de los últimos 30 años, confirman la eficacia de los neurolepticos clásicos en reducir los síntomas en un 60 % de pacientes (un 70 - 85 % de pacientes de primer tratamiento). Añadiendo tratamientos psicosociales específicos a un programa activo de medicación, pueden reducirse las rehospitalizaciones en un 25 - 30 %, a pesar de cual sigue quedando entre un 10 - 20 % de pacientes para los que la enfermedad se convierte en crónica y deteriorante, quedando abiertas nuevas expectativas respecto a los nuevos tratamientos con clozapina y risperidona.

Queda establecida igualmente la eficacia de los tratamientos en otros trastornos mentales graves : bipolares, depresiones mayores recurrentes, trastornos de angustia con crisis de pánico y trastornos obsesivo-compulsivos. Igualmente se destaca la importancia de la rehabilitación integrada en programas de tratamiento comunitario asertivo.

El programa ECA proporciona una descripción de la utilización de servicios sanitarios por las personas con T.M.G. y pone de manifiesto que no todos los pacientes con estos trastornos piden asistencia (ver tabla Anexos 2, tabla I -2, pag 187). Como es de ver en estos datos, solo un 60 % de los adultos con un T.M.G. se visitan ambulatoriamente con un especialista o bien con un generalista, y un 17 % reciben asistencia hospitalaria.

En el capítulo de costos sociales y del tratamiento, establece en base a los estudios de Rice, DP y Miller, LS (1991) los costos directos e indirectos en 26.550 y 43.500 millones de dolares respectivamente haciendo comparaciones con otras enfermedades médicas como las respiratorias, cardiovasculares y sobre todo con la diabetes, concluyendo que calculado per capita la diabetes grave supone más costes de tratamiento que la esquizofrenia.

1.3.2.2.- El Sistema S.I.D.D.D.

Otro importante intento de evaluar y definir el T.M.G. es el llevado a cabo por Slade M, Powell R y Strathdee G del PRiSM de Londres (1997).

En este estudio se plantea la discusión de la priorización en la distribución de recursos y dado lo limitado de los presupuestos de Salud en el Reino Unido. Se cuantifican los gastos del NHS para tratamiento psiquiátrico especializado en 2.877

millones de libras en 1991- 9 % del gasto sanitario total - . Si los recursos son limitados, existe una necesidad creciente de optimizarlos, pero no existe acuerdo, como evidencian los autores, sobre un criterio homogéneo en definir lo que es Trastorno Mental Grave (TMG).

Los autores examinan y revisan las definiciones y criterios de TMG de 20 trabajos de investigación y de 20 instituciones que prestan servicios de SM en el Reino Unido, y tras revisar los criterios establecidos por el NIMH a partir del trabajo de Goldman y cols (1981) (ver Anexos 2, tablas I -7 y I - 8 pags 190 y 191), se concluyó que no había un consenso entre profesionales ni entre instituciones, sobre que dimensiones o umbrales debían ser contempladas. Pero si se observó que tenían elementos en común, concluyendo que una definición de TMG tenía que incluir 5 dimensiones que podían resumirse bajo las siglas S.I.D.D.D. que examinamos a continuación:

S , seguridad, peligrosidad, riesgo para sí mismo o para otros.

I, “informal and formal support”, soporte, apoyo social, dado que la identificación de un paciente con TMG debe incluir la apreciación de la ayuda-soporte que recibe por parte de la familia o cuidadores profesionales.

D , diagnóstico, que no debería limitarse a los trastornos psicóticos, sino también a otros diagnósticos potencialmente graves, como demencias, trastornos neuróticos graves, trastornos de personalidad y trastornos del desarrollo.

D , discapacidad con habilidades disminuidas para funcionar eficazmente en la comunidad en cuanto a áreas como el trabajo y ocio, el cuidado personal, capacidades domésticas y relaciones interpersonales.

D , la duración en el tiempo de cualquiera de las anteriores dimensiones, debe ser tomada en cuenta como indicador de gravedad (proponen entre 6 meses y 2 años).

Los autores proponen que operacionalizándo y evaluándo cada una de estas 5 dimensiones S.I.D.D.D., podrían obtenerse puntos de corte por arriba y por abajo, creandose un umbral para poder acceder a los servicios. Proponen igualmente, la posible creación de un instrumento o “rejilla” implementando un cuestionario sencillo y fiable, cuestionario que los autores desarrollan efectivamente en otro trabajo posterior de 1999 , que examinaremos mas adelante.

1.3.3.- Gravedad e Ingresos Psiquiatricos.

Sullivan G, Young AS, Morgenstern H, (1997) estudiaron los comportamientos como factores de riesgo en los reingresos y sus implicaciones en la predicción y prevención de ingresos en pacientes mentales graves. En un estudio de caso-control determinaron que eran las conductas extrañas de tipo psicótico como por ej. el rechazo de alimentarse, el descuido de la propia higiene, el vagabundeo por la calle, el comportamiento extraño o bizarro como vestirse de forma inapropiada, el comportamiento paranoíde, las conductas autolesivas, las amenazas físicas o verbales, etc, más que los síntomas psicóticos las que determinarían los ingresos, debido a que

estas conductas producen miedo y preocupación en los demás, lo que genera algún tipo de intervención encaminada al ingreso.

Mezzich JE y cols (1984), estudiaron la aplicación de los ejes diagnósticos del DSM-III en la toma de decisiones en una Unidad de Psiquiátrica de Urgencias. Estudiaron 745 casos nuevos durante 6 meses en función de si eran ingresados o eran atendidos ambulatoriamente. El factor más fuertemente asociado al tratamiento en régimen de ingreso fue el diagnóstico de psicosis en Eje I, mientras que el tratamiento ambulatorio aparecía asociado a los diagnósticos de trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos, trastornos de personalidad y otros trastornos no mentales. Los autores constatan que se replican los hallazgos de otros autores en este sentido (Hanson GD, 1974; Tischler GL, 1966; Baxter S, 1968; Feigelson EB, 1978; Goodman JT, 1974; Johnson JH, 1979; Rose SO, 1977; Meyerson AT, 1979).

Oiesvold T y cols (1999) analizan la duración del ingreso en primeros episodios en un estudio dentro del Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry –length of in-patient stay, en una muestra de 837 pacientes de ingreso consecutivos, durante un año en siete hospitales psiquiátricos de cuatro provincias nórdicas. La mayor edad, género femenino, no tener hijos en el hogar y el diagnóstico de psicosis, se asociaron con mayor estancia de ingreso.

Vogel S y cols (1997) analizan factores asociados a múltiples reingresos (tres o más) en una muestra de 1575 pacientes del hospital cantonal de Ginebra en el año 1994. Los principales diagnósticos fueron: trastornos psicóticos (25 %), trastornos afectivos (35 %) y trastornos por abuso de sustancias (24 %). Los predictores de

múltiples reingresos fueron para los trastornos psicóticos, la comorbilidad con abuso de tóxicos, larga disfunción premórbida, género femenino, edad mas joven y mal ajuste psicosocial en el año previo.

Amiel-Legibre F, 2003, analiza factores determinantes de ingreso en una Unidad Psiquiátrica de París para enseñantes de la Mutua de Enseñantes francesa, en pacientes neuróticos. Se pasó el cuestionario CIDI simplificado a 2000 mujeres de dicho colectivo, de las cuales cumplimentaron correctamente el cuestionario 470 sujetos, de las cuales 75 mostraron trastornos afectivos y/o de ansiedad con varios grados de intensidad. Estos 75 sujetos fueron entrevistados posteriormente con el SCAN, resultando 48 de ellos con diagnóstico de trastorno mental. Se pasaron entrevistas para variables psicosociales y “life events” estresantes, soporte social y tratamientos previos. Los cuatro factores predictores de ingresos fueron para trastornos neuróticos: la gravedad del trastorno, las consultas psiquiátricas posteriores al primer ingreso, y para los trastornos de ansiedad, un bajo soporte social y presencia de muchos mas factores desencadenantes en el año previo.

1.4.- Clasificaciones en Psiquiatría.

1.4.1.- Clasificaciones Europea (CIE-9) y Americana (DSM-IV).

Desde 1983 surgen los Sistemas Internacionales de Clasificación de las Enfermedades - médicas y quirúrgicas-, (Rojo JE, Vallejo J, 2002). En la quinta revisión de la ICD, los trastornos mentales están agrupados en una única categoría. En la sexta revisión había ya 26 categorías de 3 dígitos : Psicosis (10 categorías), Trastornos Psiconeuróticos (9 categorías) y Trastornos del Carácter, comportamiento e inteligencia (7 categorías). La OMS recomendó que se utilizase un glosario que aclarase y definiese los términos de nomenclatura (Stengel, 1959). El glosario tiene el objetivo de recoger definiciones y explicaciones no sólo de los términos referentes a los distintos trastornos, sino también de los términos descriptivos de los fenómenos y diagnósticos incluyendo sinónimos y equivalentes. La ICD-9 tiene en su capítulo V (trastornos mentales) 30 categorías diagnósticas de 3 dígitos organizadas en 4 subsecciones y un glosario.

Los sistemas de clasificación diagnóstica cumplen tres propósitos generales (Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA., 2000), así como muchas funciones específicas de tipo clínico, administrativo, legal y científico.

En primer lugar, aporta un lenguaje común que permite que todos los profesionales de la salud puedan comunicarse entre sí.

En segundo lugar, para evaluar la historia natural de un trastorno determinado y desarrollar un tratamiento eficaz es necesario definir las características del trastorno y entender cómo difiere de otros trastornos similares.

Finalmente, el propósito último de una clasificación es desarrollar la comprensión de las causas de los diversos trastornos mentales. Conocer la causa de un trastorno suele conducir al desarrollo de un tratamiento eficaz.

Por ello, en el DSM-III, el DSM-III-R y el DSM-IV se ha adoptado un enfoque descriptivo para la clasificación, que incluye definiciones de los diversos trastornos sin hacer referencia a su etiología, excepto en aquellos cuya etiología o cuyo proceso fisiopatológico subyacente es conocido.

En el DSM-IV cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

La investigación respecto a los sistemas de clasificación (Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, 2000), ha ido acompañada del uso de entrevistas estructuradas. En los estudios epidemiológicos de campo, se emplean este tipo de entrevistas que pueden ser administradas por no profesionales, como por ej. la DIS y la CIDI.

El Cuestionario de entrevista diagnóstica del NIMH (Diagnostic Interview Schedule, DIS) (Robins y cols., 1981) se elaboró explícitamente para que la utilizara personal no médico y para facilitar la detección sistemática de un elevado número de sujetos de una comunidad en la encuesta del Epidemiologic Catchment Area (ECA). La entrevista clínica estructurada para el DSM-IV es la SCID I Y II.

Como características generales, el DSM-IV especifica criterios diagnósticos para todas las categorías específicas, que han sido revisados basándose en los del DSM-III-R, en la experiencia clínica continuada y en los nuevos hallazgos empíricos. En el DSM-IV se sigue un enfoque descriptivo, prescindiendo de las teorías sobre las causas

de los trastornos mentales, y se han mantenido algunas jerarquías diagnósticas. El DSM-IV ha incorporado un sistema de evaluación multiaxial. El concepto básico de un sistema de este tipo es que en cada persona se evalúan varios dominios diferentes de información que se consideran de elevado valor clínico (Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA) . En conjunto representan una visión más completa del estado clínico de una persona que la evaluación limitada a los diagnósticos de trastornos mentales. Nosotros consideramos que podríamos asimilar dicho sistema multiaxial con la matriz de Gonella, en la que se cruzan de un lado la psicopatología, la personalidad y sus trastornos de otro, las comorbilidades médicas de otro, los desencadenantes y por último los efectos de todo ello sobre el funcionamiento global y discapacidades.

El sistema multiaxial del DSM-IV consta de 5 ejes, (Diagnostical and Statistical Mental Disorders,1995) al igual que el del DSM-III y el del DSM-III- R. Todos los trastornos mentales están incluidos en los dos primeros ejes:

el Eje I lleva por título «Trastornos clínicos y Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica»

el Eje II se titula «Trastornos de la personalidad y Retraso mental».

El Eje III sirve para indicar todas las enfermedades médicas concomitantes que el clínico considere potencialmente relevantes para la comprensión o el tratamiento del caso.

El Eje IV sirve para indicar los problemas psicosociales y ambientales que puedan afectar al diagnóstico, al tratamiento y al pronóstico de los trastornos mentales del individuo en los Ejes I y II.

El Eje V, evalúa el funcionamiento psicosocial en una escala de 0 (máxima disfunción) a 100 (funcionamiento óptimo), y que desarrollamos en detalle más adelante.

La consistencia y aplicabilidad de los sistemas de clasificación de problemas psicológicos y mentales ha sido analizada por Jenkins R y cols, (1988) en una extensa monografía donde se analizan las variaciones interjueces entre un grupo de 27 médicos de atención primaria en el Reino Unido, utilizando dos sistemas de clasificación, la CIE-9 y la ICHPPC (Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria). Se mostró a dicho grupo de médicos, una serie de entrevistas tomadas de consultas de primaria, en forma de viñetas y grabaciones de video, que reflejaban un amplio rango de problemas de salud mental y de situaciones estresantes, apoyo social, comorbilidades médicas y rasgos de personalidad. El estudio trató de identificar las fuentes de variación de los observadores que ocurrían en los distintos estadios del juicio clínico. Algunos autores como Jellinek (1939) han hecho énfasis en la pertinencia de este método para llegar a identificar sistemas y hacer avances en las clasificaciones. Los hallazgos de Jenkins y cols, indican claramente que ninguna de las dos clasificaciones pueden ser aplicadas consistentemente entre los médicos de Atención Primaria. Los acuerdos diagnósticos fueron bajos (para las entrevistas clínicas en video, entre el 0,8 y 0,30 con la CIE-9, y de 0,19 a 0,37 con la ICHPPC), mientras que en las observaciones relacionadas con rasgos psicológicos, físicos, de personalidad y sociales fue mejor.

Los autores concluyen en que la clasificación CIE-9 es un sistema inadecuado para la primaria, donde los estados distímicos y de ansiedad representan 1 de cada 3 consultas. Los médicos de atención primaria prefieren recurrir a tratamientos sintomáticos y evitar diagnóstico cuando se trata de morbilidad psiquiátrica menor. Proponen un nuevo sistema de clasificación de problemas de salud mental en medicina primaria estructurado en cuatro ejes: eje I problemas psicológicos, eje II problemas sociales y apoyo social, eje III clasificación de la personalidad y eje IV clasificación de

problemas médicos. Refuerzan la idea de que las dimensiones psicológicas y sociales de un caso son tan importantes como los aspectos médicos. Dentro de cada dimensión, la gravedad y la duración son registradas.

1.4.2.- Estadización de la Gravedad en ambas Clasificaciones. El quinto dígito.

Si se cumplen todos los criterios diagnósticos, (DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1995) se puede anotar uno de los siguientes especificadores de gravedad a continuación del diagnóstico: Leve, Moderado Grave. Si no se cumplen todos los criterios, se puede anotar uno de los siguientes especificadores: en remisión parcial, en remisión total, historia anterior.

En los **Trastornos por Abuso de Substancias**, se pueden aplicar las siguientes especificaciones, en el quinto dígito:

0 = Remisión total temprana/remisión parcial temprana

0 = Remisión total sostenida/remisión parcial sostenida

1 = En entorno controlado

2 = En terapéutica con agonistas

4 = Leve, moderado, grave

En el curso de la Esquizofrenia se codifica en el quinto dígito:

2 = Episódico con síntomas residuales interepisódicos (especificar si: Con síntomas negativos acusados)

3 = Episódico sin síntomas residuales interepisódicos

0 = Continuo (especificar si: con síntomas negativos acusados)

4 = Episodio único en remisión parcial (especificar si: con síntomas negativos acusados)

5 = Episodio único en remisión total

8 = Otro patrón o no especificado

9 = Menos de 1 año desde el comienzo de los síntomas de la fase activa inicial

En los Trastornos Afectivos, se codifica el estado actual del episodio depresivo mayor en el quinto dígito:

0 = Leve

1 = Moderado

2 = Grave sin síntomas psicóticos

3 = Grave con síntomas psicóticos. Especificar: síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo, síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo

4 = En remisión parcial, en remisión total

9 = No especificado

En los Trastornos Bipolares se codifica el estado actual del **episodio maníaco** en el quinto dígito:

1 = Leve, moderado o grave sin síntomas psicóticos

2 = Grave con síntomas psicóticos

8 = En remisión parcial o total

En los **Trastornos Bipolares** se codifica el estado actual del **episodio depresivo** mayor en el quinto dígito:

3 = Leve o moderado

4 = Grave sin síntomas psicóticos

5 = Grave con síntomas psicóticos

7 = En remisión parcial o total

En los Tr de Ansiedad no hay especificadores de curso numéricos y en algunos trastornos se especifican por ej. el tipo de fobias o bien si el trastorno es agudo o crónico.

1.4.3.- El eje V del DSM-IV y la Escala GAF.

La evaluación de la actividad psicosocial general en una escala del 0 -100 fue operativizada por Luborsky (1965) en la Escala de evaluación de salud-enfermedad (Health-Sickness Rating Scale. Anexos 2, tabla I -9 pag 192). Spitzer y cols. (1976) desarrollaron una revisión de la Escala de evaluación de salud-enfermedad denominada Escala de Evaluación Global (Global Assessment Scale, GAS). Una versión modificada de la GAS fue incluida en el DSM-III R con el nombre de Escala de Evaluación Global del Funcionamiento del sujeto (Global Assessment of Functioning Scale, GAF, EEAG en el DSM-IV, tabla I -5 pag 74).

La Escala de evaluación de la actividad global (EEAG) del Eje V, como se muestra en la tabla I -5, resume la actividad psicológica, social y profesional en un continuo salud-enfermedad mental. Algunos estudios (Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA, 2000) han demostrado que las puntuaciones clínicas de la gravedad global de un trastorno resultan fiables y están relacionadas con el tratamiento . Las puntuaciones obtenidas en la EEAG se refieren a la actividad presente (en el momento de la evaluación) y generalmente reflejan la necesidad de tratamiento o cuidado. En algunos casos, pueden obtenerse puntuaciones para otros períodos de tiempo (p. ej., el año anterior).

TABLA I - 5. Escala de evaluación de la actividad global (EEAG-Eje V)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuum de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

Código (Nota: Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68, 72)

100 - 91	Actividad satisfactoria en una amplia gama de tareas, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
90 - 81	Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de 81a familia).
80 - 71	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
70 - 61	Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60 - 51	Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
50 - 41	Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
40 - 31	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona a la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
30 - 21	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
20 - 11	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) o ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (por ejemplo, muy incoherente o mudo).
10 - 1	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener una higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
0	Información inadecuada.

1.4.4.- El eje II en la Clasificación de la O.M.S. La escala DAS.

La CIE-10 codifica todas las enfermedades humanas en 21 capítulos con códigos alfanuméricos compuestos de una letra seguida por varios dígitos. El capítulo V es el de las Enfermedades Mentales y Conductuales, en el que todos los trastornos están codificados con la letra F. El primer dígito (segundo carácter) indica 10 clases mayores (desde el F0 al F9). El segundo y tercer dígitos indican categorías diagnósticas. La CIE-10 presenta un glosario, descripciones clínicas y pautas diagnósticas y unos criterios diagnósticos para la investigación. (Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C., 2005)

La presentación multiaxial se compone de tres ejes:

- Eje I: Diagnósticos Clínicos
- Eje II: Incapacidades
- Eje III: Factores Contextuales (problemas psicosociales)

El eje II valora las consecuencias del trastorno en términos de deterioro de los roles sociales básicos y recoge cuatro dimensiones o áreas:

- Cuidado Personal
- Actividades Ocupacionales
- Actividades Familiares
- Comportamiento Social mas amplio

Estas cuatro dimensiones son las que valora la escala DAS que examinaremos mas adelante.

1.5.- Escalas de Evaluación de la Gravedad en Psiquiatría.

En la revisión realizada de la literatura sobre escalas de gravedad de enfermedad psiquiátrica, hemos encontrado varias escalas que intentan evaluar la misma, a traves de sopesar diversas dimensiones que se supone tienen una incidencia en el constructo final "gravedad" (figura I -3, pag 78). Algunos autores (Luborsky, Endicot, Spitzer, Lyons, Slade) se han aproximado a dicho constructo a traves de instrumentos que evalúan dimensiones que tienen que ver con los efectos de la psicopatología en los individuos afectados. Las dimensiones habitualmente exploradas son las siguientes:

- Conductas de riesgo para si mismo o para los demás
- Repercusión en el funcionamiento social/ocupacional
- Grado de disfunción premórbido/ persistencia del trastorno
- Presencia de enfermedades médicas comórbidas o trastórno de personalidad o de abuso/dependencia de sustancias
- Implicación/apoyo social y familiar
- Gravedad de la psicopatología (síntomas)
- Colaboración/oposición al tratamiento/conciencia de trastórno

En la revisión efectuada por Bech y cols (1993) los autores hacen un extenso recorrido por las principales escalas en aquel momento, para medir psicopatología y gravedad.

Dividen todo el abanico de la psicometría en 16 grupos. Consideran con capacidad de medir gravedad :

- 1.- de Evaluación Global , CGI y la VAS (escala visual analógica),
- 2.- de Gravedad de Síntomas, BPRS, CPRS, PANSS, HDRS (Hamilton Depresión), MADRS (Montgomery-Asberg), MES (melancolía), BDI (Beck), Escala de Manía, HARS (Hamilton ansiedad)
- 3.- Escalas de Agresión, SOAS (Staff Observation Aggression Scale), OAS (Overt Aggression Scale), y SDAS (Social Dysfunction and Aggression Scale), miden sintomatología y gravedad de la conducta agresiva
- 4.- Escalas para Demencia y Disfunción Cognitiva, GBS Scale perfil de síntomas y gravedad de trastornos cognitivos y función social.
- 5.- Escalas de Ajuste Social y Calidad de Vida, GAF al que consideran con capacidad de medir gravedad de síntomas, mientras que el QLS-100 no.

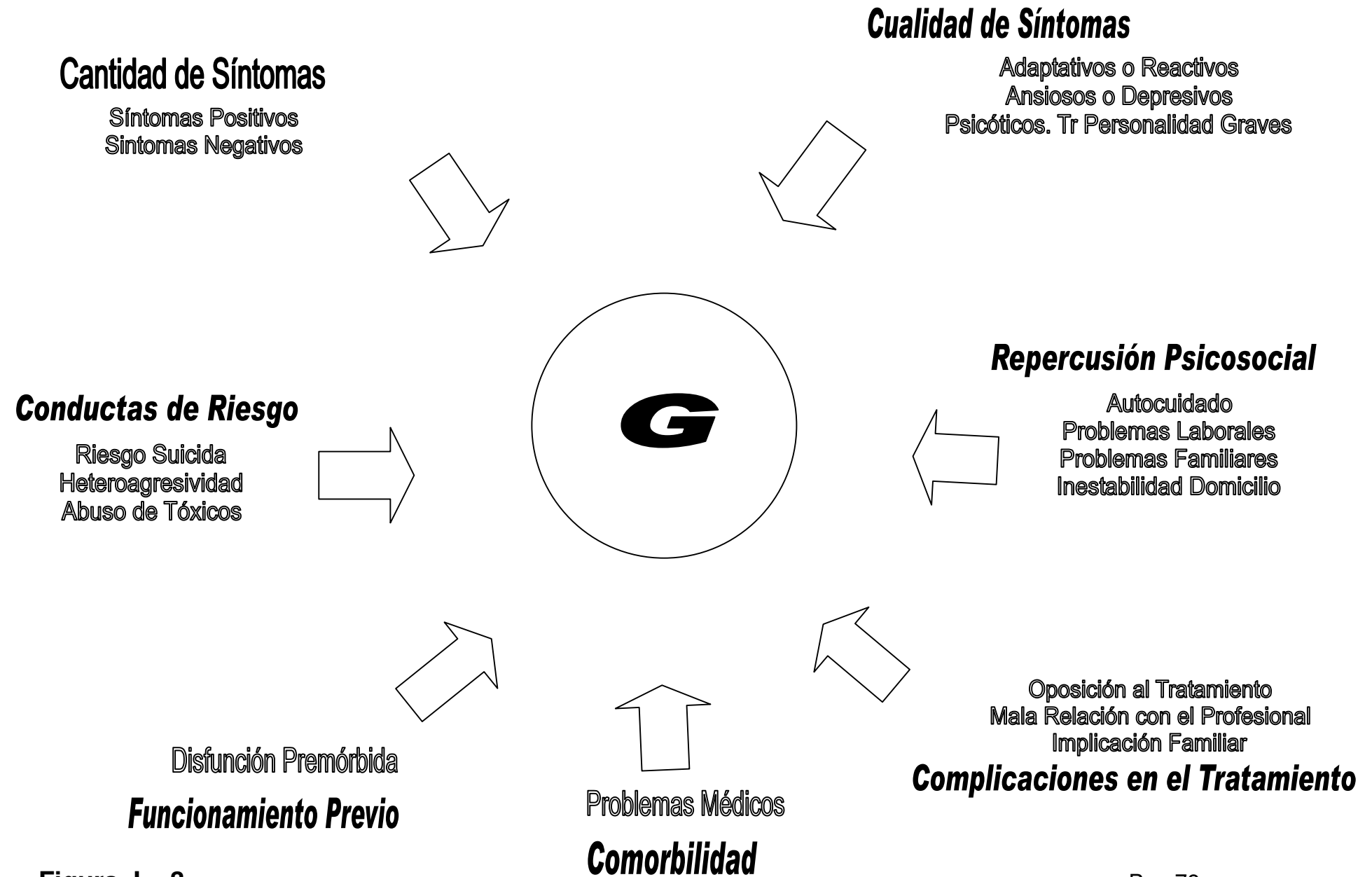


Figura 1 – 3

1.5.1.- Escala de Luborsky (HSRS. Ver Anexos tabla I-9 pag 192). Este autor considera las valoraciones clínicas en un continuum salud-enfermedad que pueden ser fiables y tener un alto grado de acuerdo interjueces. Efectúan un metaanálisis de 18 trabajos de investigación con la escala HSRS.

Luborsky y Bachrach (1974) examinan los factores que pueden influir en las evaluaciones clínicas de salud-enfermedad mental. La escala HSRS puede ser puntuada a partir de entrevistas clínicas, examen de historiales, test psicométricos o entrevistas psicoterapéuticas. La escala HSRS, es una escala graduada de 0 – 100 puntos, en la que un estado patológico de un paciente puede ser puntuado desde un rango de “100” que corresponde a un estado de completo funcionamiento e integración, ausencia de stress, felicidad y efectivo socialmente, hasta “0” estado en el cual si el paciente no es atendido podría ocasionar rápidamente su muerte por autoagresión o heteroagresión.

La puntuación del clínico en este continuo salud-enfermedad se efectúa en base a siete dimensiones:

- 1) Necesidad de cuidado/apoyo versus autonomía del paciente
- 2) Gravedad de la sintomatología
- 3) Grado de malestar subjetivo y distress
- 4) Efectos de la conducta del paciente sobre su entorno (ej. peligrosidad, etc)
- 5) Grado de capacidad del paciente para desplegar sus habilidades, especialmente en el trabajo
- 6) Calidad de sus relaciones interpersonales
- 7) Amplitud y profundidad de sus intereses personales

Los autores concluyen, en la revisión de trabajos efectuada, que existen varios factores que pueden influir en la valoración de dicho continuo salud-enfermedad mental, como : la concepción que el clínico tenga sobre lo que es salud mental, la personalidad del clínico evaluador, el entrenamiento en la escala, la experiencia clínica del evaluador, el tipo de relación establecida entre el clínico y el paciente (intensidad o evaluación ciega), el conocimiento que tiene el clínico sobre el paciente, la clase de información que se utiliza para la evaluación (entrevista directa o archivos clínicos).

La fiabilidad de la escala HSRS interjueces fue del 0,6 – 0,9. La fiabilidad test-retest fue de entre 0,72 a 0,86. En conclusión la fiabilidad de la escala HSRS fue adecuada.

En un analisis factorial de la escala (Luborsky y Bachrach, 1974), se obtuvieron tres factores, uno de los cuales resultó ser “un factor de adecuación del funcionamiento de la personalidad del paciente” (se incluye aquí la “fuerza del Yo”). Este factor obtuvo fuertes correlaciones con el HSRS. La gravedad de los síntomas tambien correlacionó mas con el valor total del HSRS y tambien la motivación para el tratamiento.

En cuanto al diagnóstico, los pacientes esquizofrénicos puntuaron entre 15 – 30 puntos, aunque ninguna categoría diagnóstica se ajustó a un intervalo de puntuación

concreto. También la ansiedad al inicio del tratamiento, correlacionaba más con el valor del HSRS.

La calidad de las relaciones interpersonales, es una de las dimensiones de las siete del HSRS, que correlacionaba por ej. con los resultados en el test de Rorschach sobre “calidad de las representaciones de los objetos”.

Respecto a la predicción de mejorías en el tratamiento psicoterápico y resultados, no hubo correlaciones estadísticamente significativas.

La personalidad del clínico evaluador, influye en las puntuaciones. Los clínicos más experimentados, tienden a puntuar más bajo. El entrenamiento en la escala, aumentaba la fiabilidad interjueces. No quedaba claro que debía haber un contacto directo con el paciente, para que la evaluación fuera fiable. La evaluación podía serlo a través del examen del historial clínico solamente. El grado de conocimiento que el clínico tenga sobre el paciente aumenta la fiabilidad.

La escala HSRS fue modificada por Spitzer y cols (1973) para dar lugar a un nuevo instrumento, el GAS, en el que se soslayó la información sobre diagnósticos, y se añadió más información sobre sintomatología. La necesidad de hospitalización también fue obviada. Se añadieron ejes sobre el grado de discapacidad y por último se dividió la escala en diez niveles, para mejorar los umbrales de cada tramo.

La experiencia con la HSRS demuestra que las puntuaciones medias en las siete dimensiones, son más fiables que la puntuación global. Cuando el intervalo de psicopatología es estrecho, la escala muestra escasa fiabilidad y validez.

En conclusión, el continuo salud-enfermedad psiquiátrica, puede ser valorado con un considerable grado de acuerdo interjueces, cuando se suministra información sobre los niveles de disfunción y psicopatología.

El mejor predictor de mejoría en la puntuación total del HSRS fue “el ajuste premórbido”.

1.5.2.- Escala GAS/GAF (Endicott, Spitzer y cols, 1976). La escala de Evaluación Global, es una escala de puntuación simple para evaluar el funcionamiento global de un paciente en un período de tiempo especificado y dentro de un continuum de salud-enfermedad psicológica-psiquiátrica. Es un tipo de escala de las denominadas “unidimensionales” que valoran la gravedad global del proceso, con la ventaja de permitir al evaluador cuantificar los diversos elementos psicopatológicos en un único índice clínico de gravedad del cuadro (ver tabla I –5, pag 74).

Fue elaborada por Endicott y cols (1970) como una escala simple para recoger las evaluaciones clínicas sobre un nivel de salud-enfermedad de los pacientes psiquiátricos. Las valoraciones pueden basarse en una entrevista clínica directa, o bien en registros o informantes validos. Se suele fijar el período de evaluación en la semana previa al examen. Es especialmente indicada para valorar la evolución de pacientes ingresados. A diferencia de otra escala predecesora, la HSRS de Luborsky (1974), la GAS mide el continuo salud-enfermedad en una escala de 1 a 100 dividida en 10 intervalos, en los que se acompaña una breve descripción sobre los criterios correspondientes a cada nivel. La escala puntua desde la situación hipotética de máxima enfermedad que se sitúa en la puntuación 1, hasta la más saludable en la puntuación 100. Los rangos más elevados 81 - 90 y 91 – 100, son para los sujetos no solo sin sintomatología significativa sino que presentan muchos rasgos que se relacionan habitualmente con “salud mental positiva”, tales como, “funcionamiento superior, amplitud de intereses, efectividad social, calidez e integridad de las relaciones humanas”. El siguiente rango 71 – 80, correspondería a sujetos sin síntomas o con

sintomatología mínima, pero que no tienen los criterios de salud mental positiva mencionados. Los sujetos que puntúan en los 3 rangos superiores (> 70), no suelen necesitar asistencia psiquiátrica y la gran mayoría de pacientes con trastorno psiquiátrico-psicológico puntuarán entre el rango 1 – 70. La mayoría de pacientes ambulatorios se encontrarán entre 31 – 70, y la mayoría de pacientes ingresados entre 1 – 40.

El GAS refleja el estado actual del paciente sin relación a su pronóstico. La escala permite una buena valoración de la mejoría clínica del paciente hospitalizado.

El GAS mantiene muchas ideas básicas del HSRS pero lo mejora. El GAS contempla tres dimensiones principales, la psicopatología, el nivel de funcionamiento, y la necesidad de ayuda exterior.

La escala GAS cuenta con versiones españolas (Salvador L, Seguí J, Abarca E, Humbert MS, 1986), en las que se ha estudiado su validez externa frente a la CGI y su validez concurrente con la BPRS y con la HAM-D. Las correlaciones fueron altamente significativas respecto a la CGI y en cuanto a la intensidad del cuadro con la BPRS, pero no con la HAM-D, concluyéndose que el GAS es un instrumento válido para detectar mejoría en pacientes psiquiátricos.

1.5.3.- Escala GAFS-M (Mental and Physical Impairments Functioning Scale. Goldman y cols. 1992). El eje V del DSM-IV, utiliza la escala GAF para medir el funcionamiento social y laboral en una escala que combina también síntomas y necesidad de tratamiento. La fiabilidad de esta escala del Eje V fue de 0,80 para las valoraciones mediante entrevista clínica y de 0,69 para las valoraciones test-retest (Spitzer RL, Forman JB, 1979). La fiabilidad del eje V ha sido considerada mayor que la del eje IV.

En cuanto a validez, Skodol y cols (1988) han encontrado correlaciones entre grupos de pacientes con esquizofrenia y puntuaciones bajas. Los pacientes con códigos V, trastornos de ansiedad, trastornos de adaptación y TDM (episodio único), tuvieron puntuaciones más altas. Los pacientes depresivos tenían puntuaciones más altas que los no depresivos (Mezzich y cols, 1987). También se han encontrado correlaciones entre complejidad del trastorno en eje I y déficits en el funcionamiento (Fabrega y cols, 1990). Las psicosis afectivas tuvieron niveles de funcionamiento mejores que las psicosis no afectivas (Schrader, 1986).

Otro campo estudiado, ha sido el de las relaciones del cociente Eje IV/Eje V (Gordon y cols, 1985), relacionado con la predicción de la duración de los ingresos hospitalarios. Otras correlaciones importantes entre el funcionamiento en eje V premórbido (Mellsop y cols, 1987) y resultados a los 6 meses en pacientes ingresados. El eje V es un poderoso predictor sobre que pacientes con psicosis agudas se recuperarían dentro de los 6 meses (esquizofreniformes) y cuales tendrían diagnóstico de esquizofrenia. Goldman y cols proponen que para preservar el objetivo de las evaluaciones multiaxiales, como es la evaluación casi independiente de los síntomas, es preciso suprimir estos del GAS. La combinación en un único eje del funcionamiento social, laboral y psicológico, es problemática (Goldman y Skodol, 1992) por dos razones. Rompe con el principio del sistema multiaxial en el cual cada eje proporciona un tipo de información y confunde a los evaluadores ya que es compleja una medida que integre tres dimensiones que no siempre covarían conjuntamente.

Skodol y cols (1992) concluyen que existe evidencia suficiente de que el eje V, tal y como está configurado, no produce evaluaciones independientes del eje I. Tras evaluar otras medidas de funcionamiento y ajuste social, los autores concluyen que la escala GAS podría ser modificada para separar la evaluación de síntomas y

funcionamiento psicológico, de la evaluación social y laboral (GAFS-M). La escala modificada mantiene la mayoría de descriptores de los 10 niveles de puntuación, y los autores concluyen en que así mejorará la independencia de la evaluación en esta área de la del eje I. Además la medición de la GAFS-M modificada, es similar conceptualmente a la escala original (Anexos 5, pag 239).

1.5.4.- Escala DAS de la OMS. La evaluación multiaxial mediante ejes diagnósticos tiene que ver con definir la enfermedad, sus síntomas y los efectos de la misma sobre el individuo y la sociedad. Los ejes se conciben como aspectos o facetas de la enfermedad (Lopez Ibor 1996). La CIE-10 propuso tres ejes, el eje I de trastornos, el eje II de discapacidades, y el eje III de factores medioambientales y de estilo de vida. La discapacidad está en relación con el soporte social y con otras características ambientales. Patología y discapacidad se mezclan en proporciones diferentes en el lenguaje. Un paciente sufre, pero enfermedad no es sinónimo de invalidez.

El término discapacidad social incluye la noción de deficiencia, la de discapacidad y la de minusvalía (Anthony WA, 1984). Así “deficiencia” se define como cualquier pérdida o anormalidad de una estructura anatómica o de una función. “Discapacidad” es la restricción o falta de capacidad para llevar a cabo una actividad con el nivel considerado como normal para un individuo en un contexto determinado. “Minusvalía” es un obstáculo que tiene el individuo como resultado de una deficiencia o de una discapacidad, que le limita o impide el desarrollo de un rol social.

El eje II de la CIE-10 valora cuatro áreas (World Health Organization, 1996)

- a) Cuidado Personal
- b) Funcionamiento Ocupacional

- c) Funcionamiento Familiar
- d) Funcionamiento en el contexto social general

Las puntuaciones de la discapacidad en estas 4 áreas, requiere del juicio clínico del observador y de la información de la familia u otros informadores.

Para valorar la discapacidad el clínico debe tener en cuenta la gravedad o intensidad de la misma y su duración. Antes hay que decidir, que período de tiempo es el observado (actual, último mes, último año u otro período). La discapacidad tiene que ser evaluada en relación al presumible funcionamiento “medio” o “normal” para una persona del mismo sexo, edad y situación socio-cultural. Las puntuaciones de la discapacidad se hacen en una escala Likert de 0 – 5, (0 corresponde a ninguna discapacidad, 5 a una discapacidad máxima) y para cada una de las 4 áreas. El funcionamiento con ayuda debe ser especificado (Manual CIE-10, Versión Multiaxial, 1996).

El cuidado personal, se refiere a higiene personal, la manera de vestir, la alimentación etc. Para puntuar la discapacidad en esta área debe tenerse en cuenta, las actividades del paciente en lo referente al mantenimiento de su higiene personal y su salud física, los hábitos alimentarios, el cuidado de su casa y sus pertenencias.

El funcionamiento ocupacional se refiere a las funciones como trabajador remunerado, como estudiante, ama de casa, etc.. Para valorar esta área se tiene en cuenta la adecuación del paciente a la disciplina del trabajo, la calidad de sus trabajo, su interés en mantenerlo.

El funcionamiento en la familia, se refiere a la participación del paciente en la vida familiar (p.ej. papel esposo/relaciones paterno-filiales) y a las actividades y mantenimiento de la casa (tareas domésticas, etc). Para puntuar esta área se debe

tener en cuenta, la capacidad de comunicación con su cónyuge e hijos, interés y afectos, capacidad para mantener la salud y seguridad de los hijos, posibles abusos en su relación con ellos, participación en las actividades de la casa, funciones y obligaciones.

El funcionamiento en el contexto general amplio, se refiere a lo que el paciente se espera que haga como miembro de una comunidad, participación en actividades de ocio u otras actividades sociales, adaptación del paciente a la vida con los demás fuera de su casa y la manera como se relaciona con el resto de la gente.

Es preciso anotar la duración total de la discapacidad (menos de un año, más de un año) y si tiene capacidades específicas por ej. para tocar un instrumento musical, etc.

1.5.5.- Escala TAG (Slade M, y cols. 2000)

Los autores (Slade M, Powell R y Strathdee G) del PRiSM de Londres, parten de un trabajo previo (1997) mas arriba citado, en el que concluyen que la gravedad en los trastornos mentales viene definida por las siglas del acrónimo S.I.D.D.D. (seguridad-peligrosidad, apoyo social, diagnóstico, discapacidad, duración). Partiendo de este constructo, desarrollaron a partir de paneles de expertos y aplicando el método Delphi en dos sesiones, un instrumento basado en los siete campos identificados por los panelistas. La escala esta destinada a evaluar gravedad psiquiátrica y necesidades de cuidados. Las areas identificadas fueron:

- Riesgos de autolesiones intencionadas
- Riesgos de autolesiones no intencionadas
- Riesgos de sufrir abusos de otras personas
- Riesgos (peligrosidad) hacia otras personas
- Problemas para la subsistencia

- Problemas Psicopatológicos
- Problemas Sociales

A partir de estas siete áreas, desarrollan un instrumento que denominan Threshold Assessment Grid (T.A.G.) o escala del Umbral de Gravedad con tres dimensiones : peligrosidad, riesgos, necesidades/discapacidades. Los siete items puntúan en un escalado Likert de 0 a 4 (nada, leves, moderados, graves y muy graves). Existe una guía o chek-list con listados de problemas referentes a cada uno de los siete items. En otro trabajo posterior (Slade M y cols, 2002) estudian las propiedades psicométricas del instrumento con una muestra de 605 pacientes de diferentes servicios psiquiátricos de Londres. Concluyen que la validez de constructo y concurrente (con otros instrumentos como el GAF, CANSAS y HoNOS) fue buena, así como la fiabilidad test-retest e interexaminadores y la consistencia interna.

1.5.6.- Escala de Gravedad de Enfermedad Psiquiátrica de Lyons

La escala de gravedad de la enfermedad psiquiátrica (GEP) procede originalmente del protocolo PSYMON (Lyons 1994) desarrollado por el programa de Servicios de Salud Mental del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Northwestern de Chicago y que consiste en un método para valorar la atención psiquiátrica en Unidades de Agudos. La escala GEP para uso hospitalario se desarrolló teniendo en consideración aquellos ítems que mejor definían la necesidad de tratamiento en régimen de ingreso de un paciente. Concretamente las tres razones más características fueron: la peligrosidad suicida, la peligrosidad para los demás y la dificultad en el autocuidado. En la práctica, sin embargo intervienen otros factores

como: la oposición al tratamiento ambulatorio, las complicaciones médicas o sociales, la gravedad de la sintomatología y los niveles premórbidos de adaptación.

La versión hospitalaria fue validada por A. Bulbena y cols (1997) habiendo dado muestra de su fiabilidad, validez y consistencia interna.

En el presente trabajo hemos desarrollado una versión de esta escala, para pacientes ambulatorios GEP-P (Anexos 5: cuaderno de recogida de datos, pag 233-238) que consta de 15 ítems, adaptada a las características de la asistencia ambulatoria y en la que evidentemente la perspectiva es más longitudinal. Se modificó y desdobló el ítem de Gravedad de Síntomas, en positivos y negativos, dado que con la estructura del ítem original para pacientes de agudos, no quedaba reflejada la gravedad de los pacientes con predominio de síntomas negativos y que generalmente no son tributarios de ingreso. Se añadió un ítem que valora la relación terapéutica con el profesional, por considerarse que contribuye a definir la “gravedad” del paciente. En total se añadieron tres nuevos ítems (síntomas negativos, cualidad de síntomas y relación terapéutica con el profesional).

Para la calibración de la fiabilidad interexaminadores se seleccionaron 42 primeras visitas, siendo examinadas de manera independiente por un mismo psiquiatra en todos los casos, y por varios psicólogos, en el transcurso de las primeras visitas de evaluación del caso. Con anterioridad al inicio del estudio de fiabilidad se había procedido al adiestramiento y homogeneización de criterios para la aplicación de la escala GEP-P, proceso que requirió de varias etapas, ya que algunos ítems (14:Oposición al Tratamiento y 15: Relación Terapéutica con el Profesional) produjeron inicialmente coeficientes de correlación muy bajos. Fue necesario un cambio del redactado de ambos ítems y una puesta en común de los criterios de puntuación.

El parámetro utilizado fue el Coeficiente de Correlación Intraclase (ICC). Finalmente, se calculó la consistencia interna ó coeficiente de homogeneidad de la escala mediante el coeficiente alfa de Cronbach.

La escala de Lyons ha sido utilizada en diversos trabajos que han tratado de determinar su capacidad de predecir reingresos y su aplicación a la gestión y programas de psiquiatría comunitaria. El propio Lyons y cols (1997) estudian los predictores de readmisión hospitalaria y si los reingresos podían servir como indicadores de calidad, en una muestra de 255 pacientes ingresados consecutivamente en siete unidades psiquiátricas del area de Norte-Oeste de Chicago. Encontraron que la capacidad de autocuidado, la gravedad de la sintomatología y la persistencia de los síntomas, eran los indicadores con mayor capacidad predictiva de reingreso. En cambio , la potencialidad suicida se asoció negativamente. No se encontró evidencia alguna de que un mal resultado o un alta prematura, estuvieran relacionados con mayores reingresos y con el fenómeno de la “puerta giratoria”, por tanto, utilizar los índices de reingresos como indicador de calidad, no se consideró recomendable. Los reingresos pueden estar en relación a la calidad de los servicios comunitarios (existencia de un programa de continuidad de cuidados).

Anderson RL, Lyons JS y West C (2001) describen factores clínicos y psicosociales de pacientes psiquiátricos graves ingresados en residencias psiquiátricas, y evalúan la utilización de servicios de salud mental. En una muestra de 200 pacientes ingresados en residencias encontraron que, menos del 60 % acudían a los servicios de salud mental comunitarios, y el 50 % tuvieron reingresos en el transcurso de un año. Resultaron predictores de reingresos, la persistencia de los síntomas y la ausencia de consumo de sustancias. Las visitas familiares, la

participación en actividades, la baja peligrosidad hacia los demás y la puntuación total en la escala GEP resultaron predictores de mayor utilización de servicios.

He XZ, Lyons JS, Heinemann AW (2004), estudian 1492 casos de niños bajo custodia estatal, durante un período de seis meses, a fin de investigar la relación entre ingresos y la evaluación mediante la escala CSPI (Gravedad de Enfermedad Psiquiátrica-Infantil de 27 ítems). El CSPI evalúa síntomas, factores de riesgo, funcionamiento, comorbilidad y características del sistema de atención. Mediante regresión logística se determinaron las probabilidades de ingreso. El riesgo suicida, la peligrosidad para otros y las fugas del domicilio, estuvieron asociados a mayores ingresos. El grado de conocimiento del paciente por parte de su cuidador, se asoció inversamente a ingresos. La peligrosidad para otros, fué el mejor predictor de ingresos. Las puntuaciones de los ítems del CSPI fueron útiles para la toma de decisiones sobre la utilización de servicios de salud mental.

Mulder CL, Koopmans GT y Lyons JS (2005), establecen determinantes del nivel de atención (ingreso o seguimiento ambulatorio) en un servicio de urgencias. En este trabajo se distinguió entre el nivel de cuidados teóricamente indicado, y el nivel efectuado en la práctica. Se evaluaron 720 pacientes de urgencias mediante la GEP y se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y contextuales. Los niveles de decisión (el teórico indicado y el efectuado en la práctica) fueron estudiados independientemente mediante regresión logística. El proceso de decisión fué dividido en tres etapas consecutivas. Evaluación de la indicación clínica de ingreso o de seguimiento ambulatorio (paso 1), ingreso voluntario o involuntario (paso 2), e ingresos realizados para los que fué indicado el ingreso voluntario (paso 3). La indicación de ingreso (paso 1) se asoció con el deseo de ingreso de familiares o amigos, gravedad

de síntomas previos y presencia de trastorno de personalidad. El ingreso involuntario (paso 2), se asoció con falta de motivación para el tratamiento, gravedad de síntomas, la hora de atención, y peligrosidad para sí mismo o para los demás. El ingreso voluntario actual (paso 3), resultó asociado principalmente con la disponibilidad de camas. El % global de correcta predicción fué del 82 % para los tres pasos. El estudio mostró que cada paso del proceso de decisión de ingreso es determinado por un único conjunto de variables y aportó evidencia de la influencia de factores contextuales en la decisión de ingreso (la falta de camas).

Pascual JC, y cols (2007), estudiaron los factores asociados con hospitalización, y la decisión de prescribir fármacos psicotropos a pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Mediante una muestra de 11.578 visitas sucesivas en un servicio de urgencias de un hospital psiquiátrico en el área de Barcelona, el estudio de variables sociodemográficas, clínicas, sociales y las puntuaciones de la escala GEP, establecen que 1032 visitas tuvieron un diagnóstico de TLP (9%), correspondientes a 540 pacientes. El 11 % requirieron hospitalización. Por métodos de regresión logística se demostró que la decisión de hospitalización estaba asociada al riesgo suicida, peligrosidad para otros, gravedad de síntomas, dificultades de autocuidado y falta de cumplimiento terapéutico. La decisión de prescribir benzodiazepinas resultó relacionada con sexo masculino, ansiedad como motivo de búsqueda de ayuda, pequeñas dificultades en el autocuidado, pocos problemas médicos o de consumo de tóxicos, e inestabilidad en el domicilio. Los factores relacionados con prescripción de antipsicóticos fueron, sexo masculino, peligrosidad hacia otros, y síntomas psicóticos como motivo de consulta. Los factores relacionados con prescripción de antidepresivos fueron la sintomatología depresiva como motivo de consulta y la escasa disfunción premórbida. Los pacientes con TLP tienen una gravedad clínica importante, pero el %

de hospitalizaciones fué mas bajo que el de los pacientes sin dicho diagnóstico. Aunque el servicio de urgencias no es el encuadre idóneo para iniciar un tratamiento farmacológico, en la práctica, los psiquiatras a menudo prescriben medicaciones en este contexto. La escala GEP resultó una buena herramienta para evaluar la gravedad en este tipo de pacientes.

1.6.- Utilización de Servicios y su medición.

La medición de la utilización de servicios viene dada por la necesidad de conocer que tipo y cantidad de asistencia ofrecen los servicios de salud mental comunitarios, y la eficacia de los mismos. El cambio del modelo psiquiátrico hacia la atención comunitaria, lleva consigo una utilización de servicios diferente.

Es importante conocer ¿cuantas personas utilizan servicios de salud mental?, y ¿como utilizan dichos servicios?, lo que determina el “patrón de cuidados”, información relevante para la planificación (Moreno Küstner, 1998). La información que se utiliza debe ser longitudinal. Los sistemas de información en salud mental pueden ser, censos, indicadores asistenciales, investigación muestral y registros de casos. La información recogida sirve para una planificación adaptada a las necesidades de la población (May, 1976; WHO 1980, Freeman y cols, 1985).

Los registros de casos psiquiátricos son uno de los métodos más exhaustivos y sistemáticos para recoger información centrada en los pacientes. Recogen todos los contactos de los servicios de una area determinada (ten Horn, 1986). Son acumulativos y permiten conocer la incidencia y prevalencia asistidas (Wing, 1967). Existen diferentes aproximaciones en la medición de servicios. Algunas son transversales, como los Indices de utilización. Otras longitudinales en las que se tiene en cuenta los episodios de cuidados y el análisis de supervivencia. Los contactos pueden ser,

ambulatorios, hospitalarios y de hospitalización parcial (de día). En los Índices de utilización de servicios se tendrán en cuenta, por tanto:

- el nº total de contactos ambulatorios
- el nº de contactos en Centros de Día
- el nº total de días de estancia en las diferentes Unidades (agudos, subagudos, hospital de día y centro de día)

Algunos autores (Bloom, 1970, Henisz 1977) desarrollan escalas que tratan de unificar en una sola cifra, la inclusión de los distintos tipos de contactos, asignando pesos a cada tipo de contacto, y partiendo de la premisa de que un día en el hospital “pesa” mas que un contacto ambulatorio. Bloom definió el TRUE (Total Resource Utilization Estimates), que otorgaba pesos diferentes a las distintas modalidades de tratamiento, desde servicios médicos, ingresos, hasta cuidados familiares.

Henisz y cols (1977), diseñan otra escala que incluye ingresos, servicios intermedios, terapia individual y grupal. Los pesos van desde un rango de 6 puntos para un día de hospital, hasta 1 para una sesión grupal de contacto ambulatorio (ver tabla I -6, pag 92).

Otra propuesta es la de Lavik NJ (1983), que es la que hemos adoptado en el presente trabajo. Asigna a un contacto ambulatorio 1 punto, a un día en Centro de Día 2 puntos, y a un día en un Hospital Psiquiátrico 3 puntos. A partir de estas escalas pueden clasificarse los pacientes por grupos. Este autor divide a los pacientes en niveles de utilización diferentes. La máxima utilización correspondería a los pacientes

Tabla I – 6 Escala de Henisz (1977). TRUE Score.

1 día de Hospitalización.....	6 puntos
1 día de Centro de Día	4 puntos
1 sesión Individual	2 puntos
1 sesión Grupal	1 punto

ingresados durante todo el tiempo del estudio. Estas categorías aunque son arbitrarias, sirven para comparar pacientes dentro del mismo grupo y relacionarlo con sus características clínicas y sociodemográficas (Lavik, 1987).

Tabla I – 7 Escala de Lavik. Categorías de Usuarios.

Monoconsultantes.....	1 punto
Pequeña escala	2 – 5 puntos
Moderados	6 – 50 puntos
Gran escala	51 – 200 puntos
Usuarios “pesados”	> 200 puntos

Tansella (1986), introduce un punto de corte mediante métodos estadísticos y divide la cohorte en usuarios “altos” y “bajos”. Ten Horn (1980), realiza un análisis descriptivo de una pequeña cohorte de 31 pacientes incluidos en el registro de casos de Groningen y los clasifica en :

- 1 ingreso
- 2 a 3 ingresos y hasta 12 visitas ambulatorias
- 2 a 3 ingresos y más de 12 visitas ambulatorias
- 4 o más ingresos y más de 12 visitas ambulatorias

Estos índices se basan en un resumen de lo observado durante un período determinado, expresado mediante una puntuación global, sin tener en cuenta los intervalos de tiempo que transcurren entre los contactos. Este enfoque se denomina transversal (Moreno Kústner B, 1998), porque ofrece un resumen de la información de utilización de servicios en un tiempo determinado. Ofrece una información de tipo estático, pero existen otras aproximaciones denominadas de tipo longitudinal, en las que además del tipo de contactos, se tiene en cuenta el tiempo que transcurre entre los mismos, introduciéndose de esta manera la dimensión temporal.

Entendemos que este abordaje propuesto por algunos autores (Sytema, 1996; ten Horn 1982, Tricot 1986 y Balestrieri 1989), introduce una complejidad considerable, más apropiada para cohortes de pacientes graves, pero no para describir el amplio abanico de la patología psiquiátrica ambulatoria (case-mix).

Otros autores (Haro JM, y cols, 1999; Sytema S, Tansella M y cols, 1989, Burgess P, 1999) analizan la utilización de servicios y costes en primeros brotes de pacientes esquizofrénicos a fin de comparar áreas de diferente desarrollo de servicios psiquiátricos como las de Burlada-Navarra, Cantabria y L'Eixample de Barcelona; Verona-Sur y Groningen; Victoria (Australia) y Groningen, comparando costes directos e indirectos durante los tres años posteriores al primer ingreso, o bien mediante estudios de registros de casos psiquiátricos.

II. FINALIDAD Y OBJETIVOS

1. FINALIDAD: estudiar y describir los perfiles de gravedad y complejidad de los casos, de una muestra de pacientes psiquiátricos ambulatorios seleccionados de entre las primeras visitas, en un período dado, y establecer si existen variables predictoras de escaso o elevado consumo de servicios.

2. OBJETIVOS :

Objetivos Generales:

- 1) Estudiar el perfil de las primeras visitas que acuden a un Centro de Salud Mental de Adultos Comunitario.
- 2) Evaluar el curso evolutivo de la muestra a lo largo de un período de dos años desde la primera visita.
- 3) Evaluar tras un período de cinco años desde el primer contacto, el perfil y características de los pacientes que mantienen contacto con el Centro.

Objetivos Específicos:

- 1.- Estudiar las propiedades psicométricas de una Escala de Gravedad Psiquiátrica para pacientes ambulatorios y su capacidad predictiva de la utilización de servicios en la red asistencial psiquiátrica.
- 2.- Describir la casuística en la visita basal, en función de variables sociodemográficas, clínicas, psicosociales, de gravedad y de utilización de servicios.
- 3.- Estudiar las diferencias en la visita basal, en edad y género, en relación con la sintomatología, diagnósticos, disfunción social y laboral, y gravedad de enfermedad psiquiátrica.
- 4.- Comparar el perfil de los pacientes que siguen en contacto con servicios, con los que no siguen en contacto, a los dos años, y determinar si había diferencias entre los

mismos respecto a la evaluación basal. Verificar si la frecuentación de servicios se asocia a variables clínicas, psicosociales y de gravedad de enfermedad psiquiátrica.

5.- Comparar el perfil de los pacientes que siguen en contacto con servicios, con los que no siguen en contacto, a los cinco años, y determinar si había diferencias entre los mismos respecto a la evaluación basal.

6.- Comparar los perfiles de pacientes mayores y menores de 65 años en la visita basal.

7.- Establecer una clasificación de pacientes psiquiátricos ambulatorios, en función de su gravedad y utilización de servicios de la red asistencial psiquiátrica.

3. HIPOTESIS DE TRABAJO :

1.- La escala de gravedad de enfermedad psiquiátrica para pacientes ambulatorios, presentará adecuadas propiedades psicométricas y será predictiva de utilización de servicios (Lyons y cols, 1997; Anderson RL y cols, 2001; He XZ y cols, 2004; Mulder CL y cols, 2005; Pascual JC y cols ,2007).

2.- La inclusión de variables psicosociales, clínicas, de gravedad y de utilización de servicios, proporcionará información relevante para el manejo y seguimiento de la población estudiada (De las Cuevas y cols, 1991; Palao y cols, 1996; Sicras Mainar A y cols, 2007, Ortega Tallón y cols, 2004; Muñoz Baragaño P y cols, 1996; Llorente Alvarez S y cols, 1996).

3.- Se esperan diferencias en función de la edad y el género, en cuanto a sintomatología, diagnósticos, disfunción social y laboral (Gordon RE, 1985) y gravedad de enfermedad psiquiátrica, en coherencia con la literatura examinada (Myers y cols,

1984; Robins y cols, 1984; Kessler y cols, 1994; De las Cuevas y cols, 1991; Vazquez Barquero y cols, 1991 y 1997). Las mujeres tendrán mayor carga asistencial (visitas e ingresos) que los hombres (Oiesvold y cols, 1999; Vogel y cols, 1997; Vazquez-Barquero y cols, 1997). Los pacientes más mayores tendrán mayor carga asistencial (Boot y cols, 1997; Oiesvold y cols, 1999).

4.- Los pacientes que siguen en contacto con servicios a los dos años, presentarán mayor psicopatología depresiva, más disfunción social y laboral, peor perfil en algunas habilidades sociales y mayor gravedad, con respecto a la evaluación basal. (Horn S y cols, 1989; Lavik, NJ 1983, Sloan y cols, 2006; Durbin y cols, 1999, Mitchell y cols, 1987, Mezzich JE y cols, 1984).

5.- Los pacientes que siguen en contacto con servicios a los cinco años presentarán mayor psicopatología psicótica y depresiva, más disfunción social y laboral, peores habilidades de la vida cotidiana y mayor gravedad, con respecto a la evaluación basal.

6.- Los pacientes mayores de 65 años tendrán mayor carga asistencial y mayor gravedad que los menores de 65 años (Oiesvold y cols, 1999; Boot y cols, 1997)

7.- Se pueden clasificar los pacientes psiquiátricos ambulatorios en función de su perfil clínico de gravedad y carga asistencial.

III. SUJETOS Y METODOS

1. AMBITO DEL ESTUDIO.

El distrito de Nou Barris está situado en el extremo norte de la ciudad de Barcelona, entre la sierra de Collserola y la Avda. Meridiana. Actualmente se compone de 14 barrios. La población total en el Distrito es de 164.981 habitantes referida al año 2005, de los cuales 79.124 hombres y 85.857 mujeres. La densidad de población es de 20.524 hab/Km².

El Distrito dispone de una Unidad de Agudos de 92 camas, tres Hospitales de Día, 1 Centro de Día y 2 Unidades de Subagudos, todos ellos compartidos con otros distritos de la Ciudad. En el año 2005 se atendieron 1.728 urgencias, 333 ingresos en Agudos, 47 en Subagudos y 45 de Hospital de Día.

Como otros indicadores sanitarios, se destacan un total de 5.9 visitas en los Centros de Primaria por habitante/año, y 7.8 interconsultas en atención de especialidades por /100 visitas médicas.

La Tasa de Crecimiento de la población es de un 2/1000. La esperanza de Vida al nacer calculada para el Distrito es de 80 años. La Tasa de Mortalidad en la Zona de Roquetas/Verdum es de 9,2/1000. La Tasa de Paro de un 12.5. De la observación de la pirámide de población puede concluirse que la zona población de referencia en este estudio tiene un fuerte crecimiento poblacional en edades entre 15 y 30 años y aumento de población inmigrante tanto del resto del estado como extranjera.

El Centro de Salud Mental de Nou Barris, está subdividido en dos Zonas Norte y Sur con 99.000 y 64.000 habitantes mayores de 18 años en cada zona.

2. SUJETOS

Sujetos del Estudio : se han estudiado todos los pacientes que acudieron a primera visita consecutiva, de una de las 9 consultas psiquiátricas de un Centro de Salud Mental de Adultos del Distrito de “Nou Barris” de Barcelona, durante el período entre 1º de Enero de 1998 y 1º de Enero de 2000, con un promedio de 21 primeras visitas por mes, dando un total de 462 visitas de las cuales 30 no pudieron realizarse por diversas causas (6,5 % de perdidas en el período de reclutamiento). A todos los pacientes se les solicitó el consentimiento informado.

Criterios de Inclusión : se incluyeron pacientes mayores de 18 años que solicitaron primera visita en el período de reclutamiento de la muestra. Se tomo en consideración para incluirse como caso, que el paciente tuviese al menos un año sin actividad en el Centro.

Criterios de Exclusión : los pacientes con graves limitaciones sensoriales y que no pudieron dar el consentimiento informado y los menores de 18 años, pacientes de segundas visitas y de evolución crónica.

Tamaño de la Muestra : al tratarse de todas las primeras visitas, el tamaño de la muestra viene dado por el diseño del estudio. En dos años unos 400 pacientes.

2.1 REPRESENTATIVIDAD DE LA MUESTRA.

Hemos comparado la muestra del presente estudio (N = 432) con una muestra de 11.500 casos, en los que no estaban incluidos los de la muestra, del CSM de Nou Barris durante aproximadamente el mismo período del estudio (años 1998 al 2003).

Para ello hemos obtenido el resumen de dicha muestra mas amplia del Centro en cuanto a diagnósticos, edad, sexo, y estado civil. Tablas III-1, III-2, III-3 y III-4.

Tabla III – 1 Comparación en cuanto a Diagnósticos muestra del estudio (N= 432) y Muestra del CSM Nou Barris (N=11302)

	Muestra Estudio (N=432) %	CSM (N=11302) %
Tr. Mental Orgánicos /T. Infancia	4,40	3,64
Tr. Personalidad	4,40	3,62
Tr. Afectivos	30,09	28,09
Tr. Ansiedad y Alimentación	28,70	32,45
Tr. Adaptativos	21,76	21,43
Tr. Esquizofrénicos/ Paranoia	9,72	9,58
Tr. Abuso Alcohol / Drogas	0,93	1,19
$X^2 = 4,03$ ($p = 0,67$)		

La tabla anterior muestra que no existen diferencias significativas ($\chi^2 = 4,03$, $p = 0,67$) entre la muestra objeto del presente estudio y una muestra del CSM de 11300 casos, en cuanto a diagnósticos. No existen diferencias en la distribución de hombres/mujeres. (tabla III -2). Sin embargo (tabla III -3) existe una ligera diferencia en cuanto al estado civil, hay más casados en la muestra que en la general del CSM y también en cuanto a la edad, algo más mayores en la muestra (57 años frente 52).

Tabla III – 2 Comparación en cuanto a genero muestra del estudio (N= 432) y Muestra del CSM Nou Barris (N=11302)

	Muestra Estudio (N=432) %	CSM (N=11302) %
Hombres	32,8	34,4
Mujeres	67,1	65,6
$X^2 = 0,41$ ($p = 0,52$)		

Tabla III – 3 Comparación en cuanto a estado civil muestra del estudio (N= 432) y Muestra del CSM Nou Barris (N=11302)

	Muestra Estudio (N=432) %	CSM (N=11302) %
Solteros, Separados, Viudos	39,8	47,8
Casados	60,2	52,1
$X^2 = 10,8$ ($p = 0,001$)		

Tabla III – 4 Comparación en cuanto a edad muestra del Estudio (N = 432) y Muestra del CSM Nou Barris (N= 11302)

	Muestra Estudio (N=432)	CSM (N=11302)
Edad <i>M</i> (DT)	57,38 (16,04)	52,23(17,09)
$t = - 6,49$ $p < 0,001$		

3.- METODOS

Hemos diseñado un protocolo de recogida de datos en forma de un cuaderno impreso (ver Anexos 5, pag 203-244) para la recogida de datos de cada paciente, donde se incluye, modelo de historia clínica psiquiátrica, anamnesis y exploración, Symptom Chek-List de la CIE – 10 y escalas de evaluación con variables psicopatológicas y psicosociales (BPRS -18 items-, LSP -39 items-, HAD –14 items-, GAFS-M – de 0 a

100 puntos, y escala de Gravedad de Lyons modificada para pacientes ambulatorios - 15 items - (GEP-P).

Hemos diseñado un programa informático en ACCESS a fin de organizar toda la información de resultados de las escalas y posterior análisis estadístico con el SPSS 11.0 para Windows.

La pasación de protocolos contó con la colaboración de 4 psicólogos de prácticas del Master Cognitivo-Social de la Universidad de Barcelona, y para las pruebas de fiabilidad interjueces de la Escala GEP-P además con la colaboración de uno de los psicólogos del Centro.

Diseño : estudio observacional, transversal en una primera fase y longitudinal prospectivo en una segunda fase, de una cohorte de pacientes psiquiátricos ambulatorios seleccionados al solicitar la primera visita. Se efectuó una primera medida de las variables predictoras en el curso de las primeras visitas y se midió la variable dependiente de utilización de servicios mediante un índice acumulativo (índice de Lavik) a los dos años del seguimiento. Se ha hecho un estudio de la muestra a los 5 años de “contactos” ambulatorios.

3.1.- INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS : (ver Anexos 5, pags 203 a 244)

- 1) Protocolo de recogida de datos con modelo de Historia Clínica Psiquiátrica tomada de “Manual de Entrevista Clínica Psiquiátrica” J.I. Quemada Ubis y cols.(pags 221-224).
- 2) Sympton CheckList de la CIE-10. A. Janca, T.B Ustün , J Van Drimmelen, V. Dittmann y M. Isaac. Adaptación española del prof. Vazquez Barquero y cols WHO .
- 3) Criterios Diagnósticos DSM-IV con códigos CIE-10. Masson, S.A.

4) Escala GEP-P para pacientes ambulatorios. Modificada de Lyons, A. Zúñiga y A. Bulbena (pags 233-238).

5) Escala GAFS-M de Funcionamiento Psicosocial. Goldman HH, Skodol AE, Lave TR. (pag 239).

6) Otras escalas utilizadas en la calibración clínica de la gravedad en el presente trabajo. (Anexos 5: pags 208-232):

BPRS.- The Brief Psychiatric Rating Scale diseñada por Overall y Gorham (1962).

Escala HAD.- (The Hospital Anxiety and Depression Scale. Zigmond y Snait 1983).

Escala LSP (Life Skills Profile). (Rosen A, Hazdi-Pavlovic D, Parker G. 1989).

7) Utilización de Servicios.

La utilización de servicios se midió mediante un Índice (Lavik) que asigna pesos a la carga asistencial de la siguiente forma:

- Por cada visita ambulatoria : 1 punto
- Por cada día de ingreso en agudos, subagudos: 3 puntos
- Por cada día de ingreso en Centro de Día: 2 puntos
- Por cada día de ingreso en Hospital de Día: 3 puntos. Se ha considerado la carga asistencial del ingreso en Hospital de Día con el mismo peso que en agudos, dado la gran ratio de pacientes por profesional.

Arbitrariamente hemos segmentado la carga asistencial en 3 tramos según su puntuación en el Índice de Requerimiento Asistencial como sigue:

- Alto (mayor de 34 puntos)
- Medio (34 – 10 puntos)
- Bajo (menor de 10 puntos)

La lógica de esta distribución de la carga asistencial, es la que sigue. Los grupos quedan más homogéneos. El grupo alto son pacientes que puntúan con visitas más ingresos. El grupo medio prácticamente puntúan solo a expensas de visitas (promedio de 11 visitas/año) y por último el grupo bajo correspondería a con solo visitas pero muchas menos (unas 2,5 visitas/año).

3.2.- ANALISIS DE DATOS :

Los datos de toda la muestra estudiada han sido recogidos en formato ACCESS mediante una aplicación diseñada al efecto y en conexión con el programa SISM (Sistema d'Informació en Salut Mental) aplicación informática para los centros de Salud Mental del Servei Català de la Salut. Desde esta aplicación toda la información ha sido volcada en el paquete SPSS para Windows para su análisis.

El análisis estadístico ha consistido en : análisis descriptivo de la muestra con cálculo de medias, medianas, modas, desviaciones típicas de las variables sociodemográficas y de utilización de servicios. Análisis descriptivos de las escalas de evaluación GAFS-M, GEP, BPRS, HAD y LSP, ANOVA de un factor y contrastes de Duncan.

Test de calibración de los instrumentos : alfa de Cronbach, coeficiente de correlación intraclase, correlaciones entre escalas GEP-P y GAFS-M.

Para la comparación entre las variables, t de Student para continuas y de Chi-cuadrado para categóricas. Correlaciones de Pearson para la variable edad versus utilización de servicios. Correlaciones rho para las correlaciones entre edad y escalas psicopatológicas y de gravedad. ANOVA de un factor y análisis de Duncan para las

diferencias en las puntuaciones de escalas en función de las agrupaciones diagnósticas y GRDs. Análisis de Conglomerados.

3.3.- SESGOS Y SU CONTROL :

Sesgo de Selección : se trata de una muestra consecutiva de pacientes que acuden derivados por su médico de atención primaria u otros derivantes.

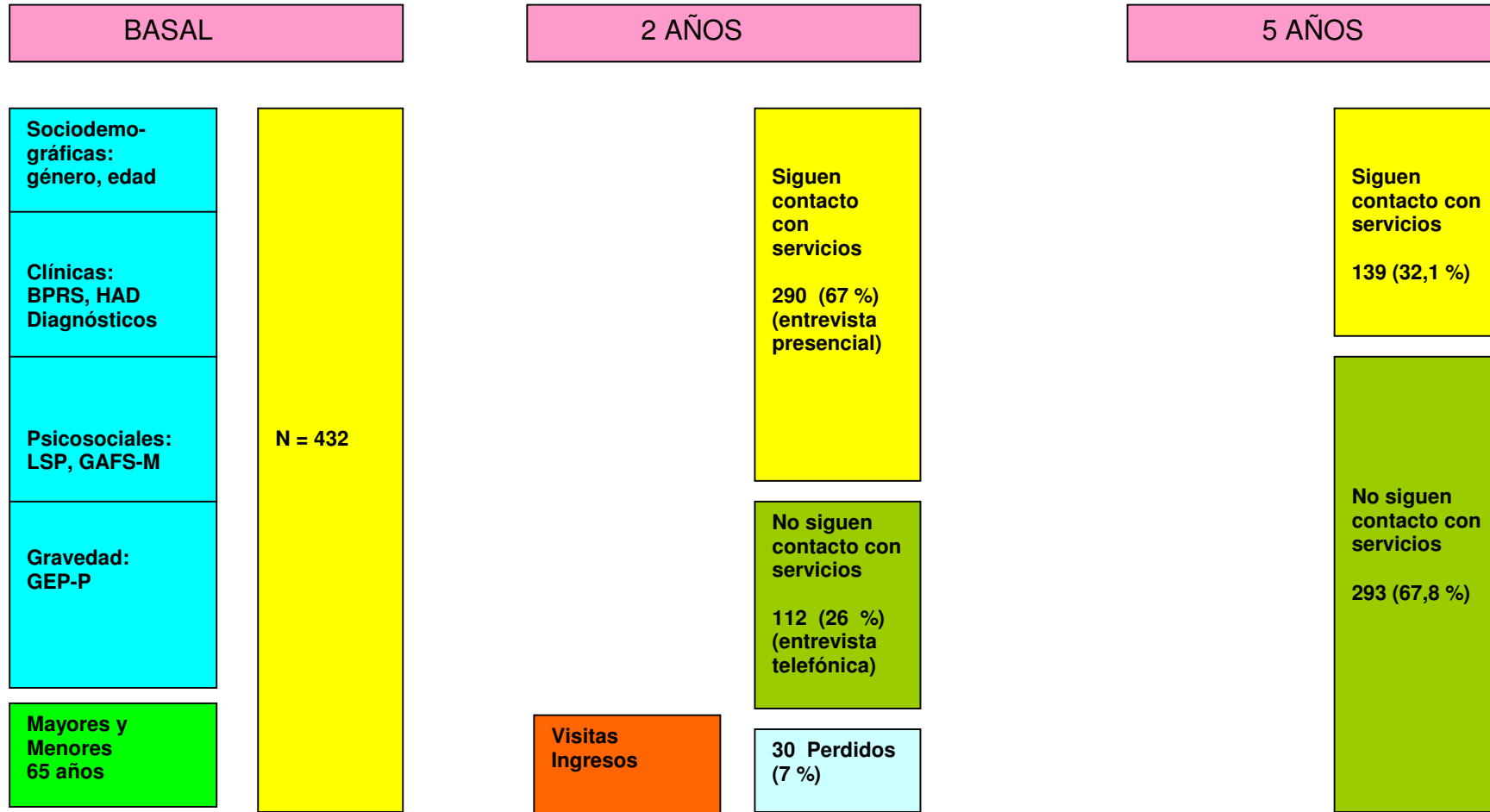
Con el fin de reducir al mínimo las pérdidas durante el seguimiento, se obtuvieron domicilio y teléfonos de contacto. Se han seguido a los pacientes a través del Area Basica contactando con los médicos de cabecera. Se ha obtenido información de todas las altas hospitalarias, de la Unidad de Agudos, Subagudos, Hospital de Dia y Centro de Dia.

Se diseñó un breve entrevista telefónica (ver anexos 5, pag 202) en la que se ha obtenido información sobre sintomatología presente, medicación actual y medico de cabecera que efectua el seguimiento u otros profesionales, actividad doméstica o laboral, ingresos hospitalarios psiquiátricos o de hospital general.

3.4.- DISTRIBUCION DE LA MUESTRA RECLUTADA (ver esquema pag. 105)

De los 432 pacientes de la muestra reclutada, se valoraron en la entrevista final (2ª valoración) mediante entrevista telefónica, 112 pacientes (26 %), mientras que 290 se valoraron mediante entrevista ordinaria (67 %). De 30 pacientes (7 %) no fue posible obtener información alguna por lo que se consideraron como pérdidas de seguimiento. Se efectuó un estudio de contactos ambulatorios a los cinco años.

CASUISTICA EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO



Variables estudiadas y distribución de la casuística en el estudio longitudinal.

RESULTADOS

IV. RESULTADOS

1. DESCRIPCION GENERAL DE LA CASUISTICA EN LA VISITA BASAL.

1.1 VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

EDAD: La media de edad es de 57,38 años (DT 16,04) y la mediana de 58, con un intervalo entre 26 y 93 años. Existe un predominio de edades entre 45 y 75 años.

Histograma Edad (Anexos 1, pag 167)

GENERO: 33 % varones y 67 % mujeres.(ver gráfico IV-1.1). El tamaño de cada grupo nos permitirá hacer análisis de comparaciones entre sexos (ver apartado de correlaciones IV- 3.2 , pag 119).

PROFESION: 38 % tienen ocupación, 23,6 % son jubilados y pensionistas, 17,8 % amas de casa, 19 % no trabajan. Gráficos en Anexos 1: IV – 1.2.3. pag 181.

ESTADO CIVIL: 60 % casados, 24 % solteros, 10 % viudos, 6 % separados y divorciados (tabla IV-1.1). Gráfico en Anexos 1: IV- 1.2.2. pag 180.

Tabla IV – 1.1 Estado Civil	
N= 432	%
Solteros	23,8
Casados	60,2
Viudos	10,2
Separados	3,7
Divorciados	2,1

Grafico IV – 1.1



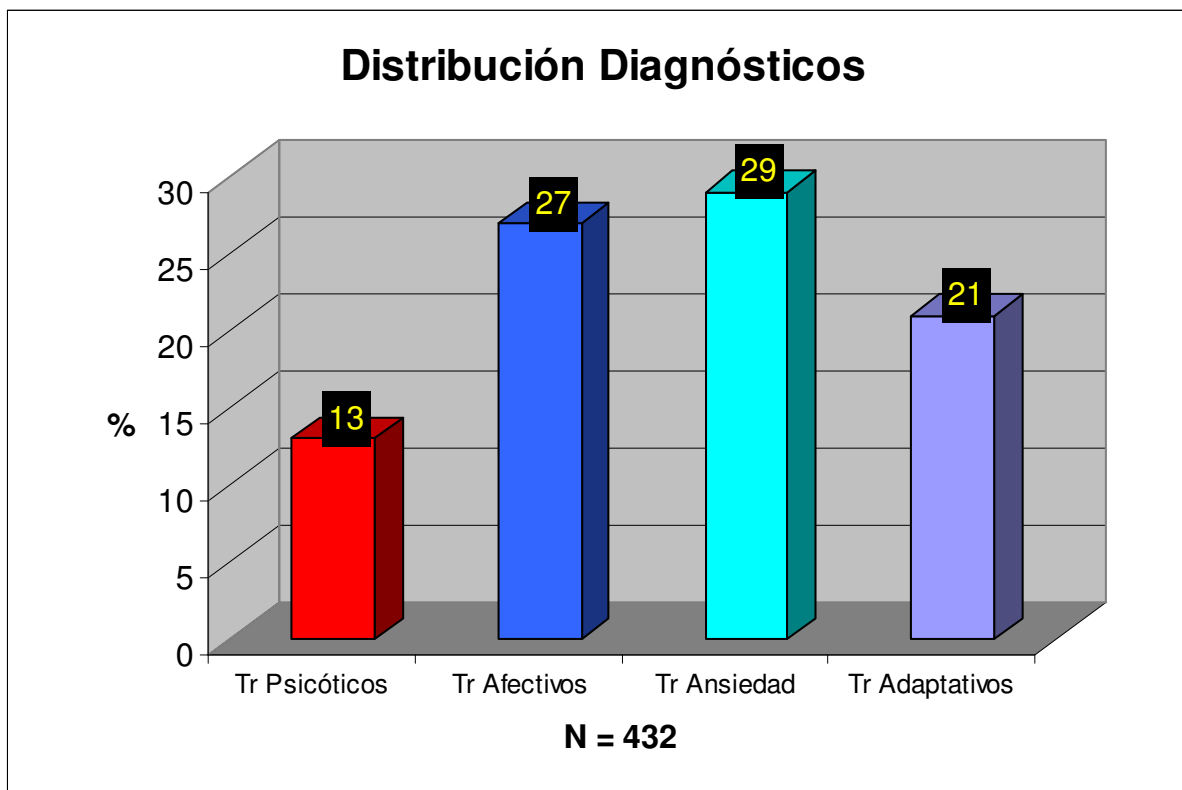
1.2 DIAGNOSTICOS.

En la tabla IV -1.2 se muestran los diagnósticos DSM-IV agrupados en 8 categorías diagnósticas. Hemos agrupado todos los trastornos psicóticos incluidas las psicosis afectivas en una categoría, tras la revisión de la literatura (Mezzich JE 1984, Fetter RB y cols 1980) dado que tienen un similar comportamiento en cuanto a utilización de servicios. Destacamos entre estos resultados: (tabla VI -1.2 y gráfico IV-1.2 pag 109 y 110).

- Tr Psicóticos	13 %
- Tr Afectivos (Depresión Mayor y Distimia)	27 %
- Tr Ansiedad (Pánico, TAG, TOC, Somat y Disociat)	29 %
- Tr Adaptativos (mas códigos V)	21 %

Tabla IV – 1. 2 Diagnósticos DSM-IV agrupados. (N = 432)	%
1. Demencias y Otros Tr Orgánicos	3,2
2. Tr. Psicóticos (Esquizofrenia, Psicosis Afect,)	13
3. Tr Afectivos (Dep Mayor)	13,4
4. Distimias	13,4
5. Tr Ansiedad (Pánico, TAG, TOCs, Somat)	28,9
6. Tr Personalidad y Otros Tr Impulsividad	5,8
7. Tr Adaptativos y Códigos V	20,8
8. Abuso/Dependencia de Substancias	1,4
Total	100

Grafico IV – 1.2 Distribución por Diagnósticos DSM Agrupados.



1.3 ESCALA DE GRAVEDAD DE LYONS (GEP-P) PARA PACIENTES

AMBULATORIOS: todos los items de esta escala que hemos adaptado de la original a pacientes psiquiátricos ambulatorios, puntúan de 0 = normalidad, a 3 máxima disfunción. El total de la escala oscila entre 0 – 45 puntos. Los items con mayor puntuación corresponden a los items Gravedad de Síntomas positivos, Calidad de Síntomas y Disfunción premórbida (gráficos IV-1.4.12 y 1.4.13 pag 175). Las diferencias entre la 1ª y la 2ª pasación no son significativas ($t = - 1,76$, $p = 0,79$) respecto al total de la escala. No obstante algunos items de la escala si presentan diferencias significativas analizados individualmente (ver tabla IV-1.3, pag 111). La

gravedad de la sintomatología y las conductas de riesgo (suicida y heteroagresividad) mejoran, pero el autocuidado, la disfunción premórbida, los problemas médicos y la oposición al tratamiento, empeoran.

Tabla IV- 1.3. Diferencias en Items de la Escala de Gravedad Psiquiátrica para pacientes ambulatorios, 1ª y 2ª pasaciones.

N = 402 ITEMS GEP-P	GEP-P 1ª PASACION n = 432 M (DT)	GEP-P 2ª PASACION n = 402 M (DT)	t
Sintomas positivos	1,87 (0,71)	1,44 (0,83)	9,12***
Sintomas negativos	0,64 (0,77)	0,55 (0,76)	2,64**
Cualidad de síntomas			n.s.
Autocuidado	0,32 (0,61)	0,40 (0,71)	- 2,76**
Problemas laborales			n.s.
Problemas familiares			n.s.
Inestabilidad Domicilio			n.s.
Potencial Suicida	0,50 (0,69)	0,42 (0,58)	3,03**
Peligrosidad	0,29 (0,57)	0,22 (0,51)	2,85**
Toxicomanías			n.s.
Disfunción Premórbida	1,52 (0,96)	2,11 (0,52)	- 14,39***
Problemas Medica	0,59 (0,72)	0,86 (0,83)	- 8,39***
Implicación Familiar	0,75 (0,73)	0,68 (0,74)	2,19*
Oposición tratamiento	0,29 (0,57)	0,37 (0,68)	- 3,08**
Relación Terap con prof			n.s.

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

2. PROPIEDADES PSICOMETRICAS DE LOS INSTRUMENTOS.

2.1 CONSISTENCIA INTERNA DE LAS ESCALAS GEP-P, BPRS, LSP y HAD.

La consistencia interna de la escala GEP-P es aceptable, alfa-Cronbach de 0,8 cifra que se mantiene si se elimina cualquier de los 15 items, por lo que la escala se mantiene de forma consistente con sus 15 items (tabla IV - 2.1.2) La escala BPRS muestra un alfa-Cronbach de 0,7 y la consistencia no mejora al quitar alguno de sus 18 items. La escala LSP muestra un alfa-cronbach de 0,9 y la consistencia no mejora al quitar alguno de sus 39 items. La escala HAD muestra un alfa-cronbach de 0,9 y la consistencia no mejora al quitar alguno de sus 14 items. (tabla IV - 2.1.1)

Tabla IV – 2.1.1 Consistencia Interna Escalas

CONSISTENCIA INTERNA ESCALAS	Alfa de Cronbach
GEP-P	0,83
BPRS	0,72
LSP	0,92
HAD	0,90

GAFS-M: escala de evaluación global social y laboral. HAD-A: Escala Ansiedad Hospital Anxiety-Depression de Zigmond-Snaith. GEP-P Escala de Gravedad Psiquiátrica para pacientes ambulatorios. BPRS Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica.

Tabla IV – 2.1.2 Consistencia Interna Escala GEP-P

ITEMS ESCALA GEP-P	Media de la escala si se elimina el elemento	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Sintomas Positivos	9,07	0,81
Sintomas Negativos	10,31	0,81
Cualidad de Sintomas	9,05	0,81
Capacidad Autocuidado	10,59	0,81
Problemas Laborales	9,92	0,80
Problemas Familiares	10,22	0,82
Inestabilidad en el Domicilio	10,67	0,81
Potencial Suicida	10,42	0,82
Peligrosidad hacia los demás	10,63	0,82
Toxicomanías	10,73	0,82
Disfunción Premórbida	9,43	0,82
Problemas Médicos	10,32	0,84
Implicación Familiar	10,17	0,83
Oposición al Tratamiento	10,63	0,81
Relación terapéutica con el profesional	10,59	0,81

GEP-P Escala de Gravedad Psiquiátrica para pacientes ambulatorios

2.2 FIABILIDAD INTEREXAMINADORES DE LA ESCALA GEP-P:

Para la calibración de la fiabilidad interexaminadores se seleccionaron 42 primeras visitas, siendo examinadas de manera independiente por un mismo psiquiatra en todos los casos, y por varios psicólogos, en el transcurso de las primeras visitas de evaluación del caso. Con anterioridad al inicio del estudio de fiabilidad se había procedido al adiestramiento y homogeneización de criterios para la aplicación de la escala GEP-P, proceso que requirió de varias etapas, ya que algunos ítems (14:Oposición al Tratamiento y 15: Relación Terapéutica con el Profesional) produjeron inicialmente coeficientes de concordancia muy bajos. Fue necesario un cambio del

redactado de ambos ítems y una puesta en común de los criterios de puntuación. El coeficiente de correlación intraclase oscilo para los 15 ítems entre 0,9 y 1 (ver tabla IV-2.2.1)

Tabla IV – 2.2.1 Escala de Gravedad de Enfermedad Psiquiátrica: Fiabilidad Interexaminadores Coeficiente de Correlación Intraclase

ITEMS ESCALA GEP-P (N=42)	ICC
Sintomas Positivos	0,95
Sintomas Negativos	0,95
Cualidad de Sintomas	1
Capacidad Autocuidado	0,94
Problemas Laborales	0,99
Problemas Familiares	0,93
Inestabilidad en el Domicilio	0,94
Potencial Suicida	0,1
Peligrosidad hacia los demás	0,93
Toxicomanías	0,96
Disfunción Premórbida	1
Problemas Médicos	1
Implicación Familiar	1
Oposición al Tratamiento	1
Relación terapéutica con el profesional	1
Total GEP-P	0,99

GEP-P Escala de Gravedad Psiquiátrica para pacientes ambulatorios

2.3 VALIDEZ CONCURRENTES ESCALA GEP-P CON LA ESCALA GAFS-M.

Hemos hecho un análisis de correlación entre las puntuaciones totales de la Escala de Gravedad GEP-P y las puntuaciones de la escala GAFS-M (ambas en primera pasación) a fin de determinar el grado de acuerdo entre ambas. (tabla 2.3.1 y gráfico IV- 2.3.1). Los coeficientes obtenidos muestra una correlación alta, tanto si consideramos pruebas paramétricas como no paramétricas.

Tabla 2.3.1 Correlaciones Paramétricas y No Paramétricas de la Escala GAFS-M versus Escala GEP-P.

CORRELACIONES GEP-P vs GAFS-M	<i>r</i>
Paramétrica	- 0,74**
No Paramétrica (rho Rho)	- 0,69**

** $p < 0,01$

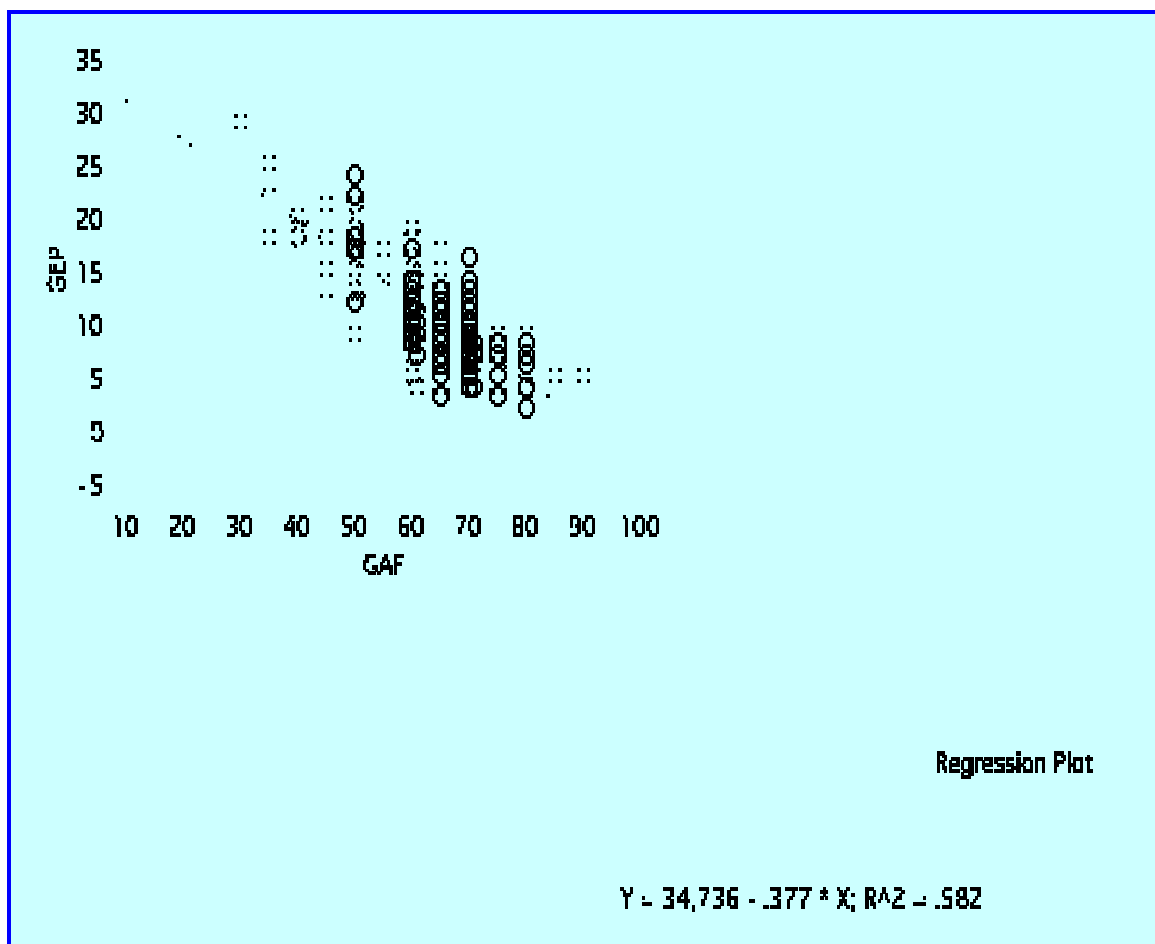


Gráfico IV- 2.3.1

3. DIFERENCIAS EN VARIABLES PSICOPATOLOGICAS Y PSICOSOCIALES POR EDAD, GENERO, DIAGNOSTICOS Y GRUPOS DE EDAD (MAYOR Y MENOR DE 65 AÑOS) EN LA VISITA BASAL.

3.1.- EDAD

Hay relación significativa entre edad y subescalas LSP. A mayor edad menor disfunción en las subescalas de Autocuidado, Comportamiento Social Interpersonal, Comportamiento Social No Personal y Total del LSP (tabla IV-3.1.1 pag 194). Hay relación estadísticamente significativa negativa entre edad y utilización de servicios. A mayor edad, menor nº de visitas (tabla IV - 3.1.2), menor nº de ingresos y de días de ingreso en agudos. (tabla IV - 3.1.2) y menor índice de requerimiento asistencial.

Tabla IV 3.1.2 Correlaciones rho entre edad y utilización de servicios.

N = 432	r
Nº DE VISITAS	- 0,14 **
Nº DE INGRESOS AGUDOS	- 0,18***
DIAS DE INGRESO AGUDOS	- 0,18***
INDICE DE LAVIK	- 0,18***

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Los pacientes con requerimiento asistencial alto son más jóvenes (media 49 años). (Anexos tabla IV-3.1.3 pag 194). A menor edad mayor puntuación (más psicopatología) en las subescala S y en el total del BPRS (tabla IV-3.1.1, Anexos pag 194) En los puntos de corte, el síndrome mayor (> 20 puntos) corresponde con edades mas jóvenes. El análisis de Duncan muestra las diferencias entre los grupos (55 pacientes con un promedio de 51 años, puntúan más de 20 puntos, ver tabla IV - 3.1.4 Anexos pag 195). Los pacientes más jóvenes tienen mayor gravedad medida con la escala GEP-P. Existen diferencias significativas, que el análisis de Duncan muestra en grupos

de edad diferenciados, (ver tabla IV - 3.1.6, pag 118) en cuanto a diagnósticos agrupados:

- pacientes más jóvenes (44 – 50 años) tienen más diagnósticos de trastornos de personalidad, trastornos psicóticos y de abuso de sustancias.
- Pacientes más mayores (65 – 71 años) tienen más diagnósticos de trastornos afectivos y trastornos orgánicos
- Pacientes de edad intermedia (53 – 61 años) más diagnósticos de distimias, trastornos de ansiedad y adaptativos.

Tabla IV- 3.1.6 Diferencias de edad según agrupaciones diagnósticas DSM-IV.

	n	M (DT)	F	DUNCAN
1. TR. ORGANICOS	14	71,29 (14,19)		
2. TR. PSICOTICOS	56	50,50 (16,02)		
3. TR. AFECTIVOS	58	65,64 (13,98)		
4. DISTIMIAS	58	61,19 (13,98)	12,56***	6,8,2 < 4,7 < 3 < 1
5. TR. ANSIEDAD	125	53,30 (15,05)		
6. TR. PERSONALIDAD	25	44,16 (12,52)		
7. TR. ADAPTATIVOS	90	61,77 (15,28)		
8. ABUS/DEP. SUBST.	6	46,33 (6,43)		

*** $p < 0,001$. Los números 1,2,3,4,,6,7,8 de los contrastes se corresponden con las categorías de los puntos de corte. El signo < indica diferencias estadísticamente significativas entre los grupos tras aplicar el análisis de Duncan.

3.2.- GENERO

Las pruebas estadísticas (t Student) muestran diferencias significativas en cuanto a genero. Las mujeres son más mayores (tabla IV-3.2.1). No hay diferencias significativas en utilización de servicios (tabla IV -3.2.1)

Tabla IV - 3.2.1 Diferencias de edad y utilización de servicios según género.

	Hombres (n=142) M (DT)	Mujeres (n=290) M (DT)	t
EDAD	53,12 (15,69)	59,46 (15,82)	- 3,92***
Nº DE VISITAS	10,77 (10,76)	11,46 (11,21)	- 0,60
DIAS DE INGRESO AGUDOS	7,87 (32,19)	6,02 (49,12)	0,46
INDICE LAVIK	75,81 (287,32)	34,89 (174,41)	1,56

*** $p < 0,001$

Se obtienen diferencias significativas en función del género en el GAF, tanto en la primera como en la segunda pasación. Los datos apuntan a que las mujeres tienen puntuaciones superiores, es decir, menor disfunción psicosocial. (tabla IV - 3.2.2, pag 120) y hay diferencias significativas cuando se consideran los 3 tramos del GAFS-M (0 – 40, 41 – 70 y > 70) tanto en la 1ª como en la 2ª pasaciones (tablas IV-3.2.3 y 4, Anexos, pag 196). Mayor frecuencia de la esperada en hombres para el tramo 0 - 40 (mayor disfunción). (Ver tablas IV - 3.2.3 y IV - 3.2.4, pag 196)

Tabla IV - 3.2.2. Diferencias en escalas psicopatológicas y de gravedad según Género.

	Hombres (n=142) M (DT)	Mujeres (n=290) M (DT)	T
GAFS-M 1ª pasación	61,03 (12,83)	64,38 (10,96)	- 2,66**
GAFS-M 2ª pasación n = 400	64,28 (17,64)	68,70 (13,39)	- 2,55*
HAD-A	10,74 (4,85)	11,85 (4,71)	- 2,28*
HAD-D	8,63 (5,28)	9,97 (5,51)	- 2,40*
LSP AUTOCUIDADO	36,90 (4,63)	38,48 (2,95)	- 3,69***
LSP COMP SOC INT	35,68 (4,51)	37,27 (2,86)	- 3,82***
LSP COM CONT SOC	20,08 (3,45)	21,44 (2,99)	- 4,00***
LSP COMP SOC NO PERS	22,35 (2,86)	22,79 (1,82)	- 1,67
LSP VIDA AUTONOMA	21,55 (5,31)	22,77 (4,23)	- 2,38*
LSP-TOT	136,57 (16,92)	142,74 (11,45)	- 3,92***
BPRS-D	8,40 (3,62)	9,15 (3,76)	- 1,96
BPRS-S	5,92 (6,42)	3,36 (4,38)	4,28***
BPRS -TOT	14,32 (8,21)	12,51 (6,46)	2,30*
GEP-P 1ª pasación	11,69 (6,64)	10,51 (5,27)	1,85
GEP-P 2ª pasación n = 400	12,68 (7,91)	10,83 (5,62)	2,43*

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$. (COMP SOC INT= Comportamiento Social Interpersonal. COM CONT SOC = Comunicación y Contacto Social. COMP SOC NO PERS = Comportamiento Social No Personal. GAFS-M: escala de evaluación global social y laboral. HAD-A: Subescala Ansiedad Hospital Anxiety-Depression de Zigmond-Snaith HAD-D: Subescala Depresion Hospital Anxiety-Depression de Zigmond-Snaith)

Las mujeres tienden a tener puntuaciones más altas en las dos subescalas del HAD (tabla IV -3.2.5, pag 196 Anexos), En las mujeres, mayor nº de “caso” de sintomatología ansiosa de los esperados y también de sintomatología depresiva aunque no significativo. (ver tablas IV - 3.2.5 y IV -3.2.6 Anexos pag 197).

Hay diferencias significativas en todas las subescalas del LSP excepto en la de comportamiento social no personal. Las mujeres tienden a tener puntuaciones superiores (menor disfunción) (tabla IV - 3.2.2, pag 120).

Los hombres presentan puntuaciones superiores que las mujeres en la subescala esquizoafectiva del BPRS (ver tabla IV- 3.2.7, Anexos, pag 197). Hay mas hombres de los esperados en “síndrome mayor”.

Solo hay diferencias significativas en la 2ª pasación de la escala de gravedad. Los hombres tienen puntuaciones más altas (más gravedad). Tablas IV - 3.2.2, pag 120. Hay más hombres de los esperados en la categoría de trastornos psicóticos, trastornos de personalidad y trastornos adaptativos, y más mujeres de las esperadas en el grupo diagnóstico de distimia y depresión mayor. (tabla IV - 3.2.8, pag 121)

Tabla IV - 3.2.8 Diferencias en agrupaciones diagnósticas DSM-IV según género.


N= 432	Hombres (n = 142) (% verticales)	Mujeres (n = 290) (% verticales)	X ² (gl)
1. TR. ORGANICOS n = 14	4,90	2,40	28,76*** (7)
2. TR. PSICOTICOS n = 56	18,30	10,30	
3. TR. AFECTIVOS n = 58	10,60	14,80	
4. DISTIMIAS n = 58	2,80	18,60	
5. TR. ANSIEDAD n = 125	29,60	28,60	
6. TR. PERSONALIDAD n = 25	7,70	4,80	
7. TR. ADAPTATIVOS n = 90	23,90	19,30	
8. ABUS/DEP. SUBST. n = 6	2,10	1,00	

*** $p < 0,001$

3.3 AGRUPACIONES DIAGNOSTICAS DSM- IV

3.3.1 GRUPOS DIAGNOSTICOS Y UTILIZACION DE SERVICIOS: los análisis estadísticos muestran (ver Anexos 2, pag 198) que la patología mas grave tiene una carga asistencia mas alta. Los trastornos psicóticos, trastornos afectivos y trastornos de personalidad tienen mas requerimiento asistencial tanto en visitas como en ingresos. (ver Anexos 2, tablas IV- 3.3.1 y 3.3.2, pag 198, IV - 3.3.1.1 y gráficos pags 177-179).

Tabla IV- 3.3.1.1 El espectro de complejidad de casos en un CSM Comunitario. Visitas/año. Ingresos en días/año.

Case-Mix Alto						Case-Mix Bajo
	1. Tr Psicót (n = 56) M (DT)	2. Personal (n = 25) M (DT)	3.Tr Afectiv (n = 58) M (DT)	4. Distimias (n = 58) M (DT)	5. Ansiedad (n = 125) M (DT)	
Nº VISITAS	9	5,5	7,5	5,6	5,6	2,5
DIAS INGRESOS	18,7	5,1	2,8	0,4	0,0	0,0
LAVIK	131,7	20,8	16,1	6,9	5,9	2,5
GEP-P	16,21	14,64	12,53	10,40	9,46	6,71
LSP	132,52	124,76	139,83	141,74	144,92	146,94

3.3.2 GRUPOS DIAGNOSTICOS DSM-IV Y VARIABLES CLINICAS: los análisis estadísticos muestran que existe una gradación en todas las escalas en el sentido de que los trastornos mas graves tienen puntuaciones GEP-P y BPRS mas elevadas y el GAF y subescalas LSP mas bajas. Es llamativo el hecho de los trastornos de personalidad puntuan de forma similar a los trastornos psicóticos junto con los trastornos por abuso de sustancias (tablas IV- 3.3.3 Anexos, pag 200)

3.4.- ANALISIS POR GRUPOS DE EDAD MAYORES Y MENORES DE 65 AÑOS.-

Hemos dicotomizado la variable edad en dos grupos, mayores de 65 años y menores de 65 años a fin de ver si existen diferencias estadísticamente significativas en los mismos. (tabla IV - 3.4.1)

Los sujetos menores de 65 años tienen más visitas, más ingresos y días de ingreso en agudos y el efecto unicamente es atribuible a la edad. (tabla IV -3.4.2) El valor del indice de requerimiento asistencial en pacientes menores de 65 años es significativamente más alto (67 frente a 14) que en los mayores de 65 años y este efecto solo es atribuible a la edad. (ver tabla IV- 3.4.2)

Tabla IV -3.4.1 Variable mayores y menores 65 años, distribución por género.

N = 432	> 65 AÑOS n = 153 (% horizontal)	< 65 AÑOS n = 279 (% horizontal)	χ^2 (gl)
HOMBRES	26,1 %	73,9 %	8,10**
MUJERES	40,0 %	60,0 %	

** $p < 0,01$

Tabla IV - 3.4.2 Variable mayores y menores 65 años vs Utilización de Servicios.

N = 432	> 65 AÑOS n = 153 M(DT)	< 65 AÑOS n = 279 M(DT)	t
Nº VISITAS	8,81 (8,75)	12,56 (11,95)	3,72***
INGRESOS AGUDOS	0,08 (0,45)	0,34 (1,11)	3,34**
DIAS AGUDOS	1,83 (9,82)	9,26 (54,43)	2,21*
INDICE LAVIK	14,30 (31,37)	67,01 (269,34)	3,22**

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$

La tabla de contingencia y el chí cuadrado (ver tabla IV- 3.4.3, Anexos pag 197) muestran diferencias significativas en los grupos de edad dicotomizados respecto al requerimiento asistencial.

3.4.1 GRUPOS DE EDAD Y VARIABLES CLÍNICAS.

No hay diferencias significativas en mayores y menores de 65 años respecto a las puntuaciones en la escala GAFS-M tanto en la primera pasación como en la segunda. (tabla IV - 3.4.4 pag 125), No hay diferencias significativas en mayores y menores de 65 años respecto a las puntuaciones en la escala HAD tanto en la subescala de ansiedad como en la de depresión. (tabla IV - 3.4.4) Existen diferencias significativas entre mayores y menores de 65 años en varias subescalas del LSP y en el total. Las pruebas t de Student y de Levene nos muestran que las subescalas autocuidado, comportamiento social interpersonal, comportamiento social no personal y el total del LSP son significativamente más bajas en menores de 65 años que en los mayores. No pasa lo mismo en las subescalas comunicación y contacto social y vida autónoma (tabla IV - 3.4.4 pag 125).

Los menores de 65 años tienen puntuaciones mas altas en el BPRS tanto en la subescala BPRS-S como en la BPRS-D y en el total son significativas (ver tabla IV - 3.4.4) . Los menores de 65 años tienen mayor gravedad en la escala GEP-P con puntuaciones significativamente mas altas tanto en la primera como en la segunda pasación (tabla IV - 3.4.4).

Tabla IV - 3 .4. 4 Diferencias en puntuaciones Escalas Psicopatológicas y de Gravedad según grupos de edad mayores y menores de 65 años.

N = 432	> 65 AÑOS n = 153 M (DT)	< 65 AÑOS n = 279 M (DT)	t
GAFS 1 ^a	64,29 (9,70)	62,72 (12,64)	-1,44
GAFS 2 ^a n = 400	68,81 (12,72)	66,34 (16,19)	-1,68
HAD – A	11,03 (4,98)	11,73 (4,65)	1,46
HAD – D	9,74 (5,75)	9,41 (5,32)	- 0,59
LSP Autocuidado	38,80 (2,55)	37,49 (4,07)	- 4,09***
LSP Comp Soc Int	37,80 (2,42)	36,17 (3,94)	- 5,31***
LSP Com Cont Soc	21,30 (2,98)	20,83 (3,32)	-1,46
LSP Comp Soc No Pers	23,09 (1,56)	22,41 (2,48)	- 3,51***
LSP Vida Autonoma	22,39 (4,49)	22,35 (4,73)	- 0,06
LSP Tot	143,38 (11,05)	139,25 (14,89)	- 3,27**
BPRS – D	8,34 (3,86)	9,21 (3,62)	2,33*
BPRS – S	3,22 (4,42)	4,74 (5,62)	3,10**
BPRS – TOT	11,56 (6,92)	13,95 (7,11)	3,38**
GEP –P 1 ^a	9,42 (4,61)	11,70 (6,18)	4,33***
GEP – P 2 ^a n = 400	10,27 (4,97)	12,10 (7,17)	2,98**

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

3.4.2 GRUPOS DE EDAD Y AGRUPACIONES DIAGNOSTICAS DSM-IV.

Tabla IV- 3.4.5 Diferencias en las Agrupaciones Diagnósticas DSM IV en función de los grupos de edad mayores y menores de 65 años.

	> 65 AÑOS n = 153 %	< 65 AÑOS n = 279 %	χ^2 (gl)
1.- TR. ORGANICOS	6,5	1,4	41,85*** (7)
2.- TR. PSICÓTICOS	7,2	16,1	
3.- TR. AFECTIVOS	19,6	10,0	
4.- DISTIMIAS	15,7	12,2	
5.- TR. ANSIEDAD	22,2	32,6	
6.- TR. PERSONALIDAD	1,3	8,2	
7.- ADAPTATIVOS	27,5	17,2	
8.- ABUSO/DEP. SUBST.	0,0	2,2 (100 %)	

*** $p < 0,001$

La tabla de contingencia y la prueba del chi-cuadrado muestran diferencias significativas en las distintas agrupaciones diagnósticas. (tabla IV-3.4.5, pag 126)

- En los mayores de 65 años hay más trastornos orgánicos, afectivos y adaptativos.
- En los menores de 65 años hay más trastornos psicóticos, de ansiedad y de personalidad.

Por último, en las Distimias la frecuencia encontrada es un poco mayor en los mayores de 65 años.

4.- DESCRIPCION DE LA CASUISTICA DE LOS PACIENTES EN CONTACTO CON SERVICIOS A LOS DOS AÑOS Y A LOS CINCO AÑOS RESPECTO A LA VISITA BASAL.

4.1 DOS AÑOS.

4.1.1 UTILIZACION DE SERVICIOS A LOS DOS AÑOS.

Nº DE VISITAS: la media de visitas se situa en 11,23 visitas/2 años (11,06) El valor más frecuente es de 2 visitas (pacientes que solo efectuaron la 1ª y la última evaluación), 270 pacientes solo efectuaron entre 2 y 10 visitas. La asimetría de la curva de ajuste a la normal muestra una asimetría positiva, es decir predominio claro de valores bajos en esta variable. (Anexos: Gráfico IV -1.3.1. Histograma nº visitas pag 167.

INGRESOS: hemos obtenido de un registro sistemático en el Centro desde el año 1990 y de forma particularizada para la muestra, los datos de ingresos y días de ingreso, en las distintas unidades del Sector Psiquiátrico de Nou Barris. Los registros por lo que respecta a la muestra han sido verificados exhaustivamente caso por caso. (Anexos 1, gráfico IV - 1.3.9 pag 182).

En la tabla IV -4.1.1 (pag 128) vemos el nº de ingresos y de días de ingresos en la unidad de agudos. 390 pacientes (90 %) de la muestra no tuvieron ingresos, 16 pacientes (3,7 %) entre 4 y 18 días, 20 pacientes (4,2 %) entre 19-76 días y por último 6 pacientes entre 123 - 737 días en agudos. Respecto a los ingresos en el Centro de Dia Pi i Molist que atiende pacientes de varios sectores de la ciudad, 7 pacientes con entre 130 - 775 días de permanencia, mientras que el 98,4 % (425 pacientes) no tuvieron ninguna estancia. Unicamente 3 pacientes tuvieron ingresos en el Hospital de Dia y 1 en la Unidad de Subagudos.

Tabla IV – 4.1.1 Distribución de los días de Ingreso en Agudos a los 2 años. (N = 432)

390 pacientes (90%)	0 ingresos agudos
16 pacientes (3,7 %)	4 – 18 días agudos
20 pacientes (4,2 %)	19 – 76 días agudos
6 pacientes	123 – 737 días agudos

INDICE DE FRECUENTACION DE SERVICIOS: el requerimiento asistencial de la muestra ha sido cuantificado mediante un índice que asigna pesos a los días de estancia en los distintos equipamientos (N.J. Lavik 1983). El promedio fue de 48,34 puntos (DT 218,57) que corresponderían a 48 visitas o 16 días de ingreso. El valor mas frecuente en dicha variable corresponde a los pacientes con solo 2 visitas (2 puntos).

4.1.2 COMPARATIVA DE LA CASUISTICA DE PACIENTES ENTREVISTADOS TELEFÓNICAMENTE (SIN CONTACTO CON SERVICIOS) EN LA SEGUNDA FASE DEL ESTUDIO, Y LOS PACIENTES EN SEGUIMIENTO ORDINARIO (EN CONTACTO CON SERVICIOS) A LOS DOS AÑOS.

No se obtiene diferencias significativas en cuanto edad y género (ver tablas IV-4.1.2.1 y IV-4.1.2.2). El grupo de entrevista telefónica (pacientes sin contacto con servicios), tiene mas diagnósticos de Tr Orgánicos y Tr Adaptativos, mientras que el grupo de entrevista ordinaria (pacientes en contacto con servicios), presenta mas

diagnósticos de Tr Afectivos (TDM y Distimias) y mas Tr Personalidad (ver tabla IV-4.1.2.3).

Tabla IV-4.1.2.1 Diferencias en cuanto a edad. Pacientes en contacto con servicios vs sin contacto a los dos años.

Diferencia en Edad según Tipo de Entrevista	Sin contacto con servicios (n=112) Entrevista Telefonica	En contacto con servicios (n=290) Entrevista Ordinaria
Edad M (DT) t = - 0,97 n.s.	58,64 (16,97)	56,93 (15,71)

Tabla IV-4.1.2.2 Diferencias en cuanto a género. Pacientes en contacto con servicios vs sin contacto a los dos años.

Diferencias en Genero Según Tipo Entrevista	Sin contacto con servicios Entrevista Telefónica (n=112) %	En contacto con servicios Entrevista ordinaria CSM (n=290) %
Hombres Mujeres $X^2 = 0,03$ (p = 0,84) gl (1) n.s.	32,1 67,9	33,1 66,9

Tabla IV-4.1.2.3 Diferencias en cuanto a Diagnósticos, pacientes en contacto con servicios vs sin contacto a los dos años.

AGRUPACIONES DSM-IV	En contacto con servicios n = 290 %	Sin contacto con servicios n = 112 %	X^2 (gl)
1.- TR. ORGANICOS	2,5	<u>5,4</u>	2,61*** (7)
2.- TR. PSICÓTICOS	13,8	10,7	
3.- TR. AFECTIVOS	<u>15,6</u>	7,1	
4.- DISTIMIAS	<u>14,7</u>	9,8	
5.- TR. ANSIEDAD	29,7	26,8	
6.- TR. PERSONALIDAD	<u>6,6</u>	3,6	
7.- ADAPTATIVOS	16,6	<u>33,0</u>	
8.- ABUSO/DEP. SUBST.	0,6	3,6	

$P < 0,001$

Los pacientes que siguen en contacto con servicios a los dos años, presentan más sintomatología depresiva (BPRS-D y HAD-D), peores habilidades sociales en cuanto a capacidad de relación, vínculo social, capacidad laboral y de vivir por si mismos, mayor gravedad de síntomas, problemas laborales y familiares, mucha mayor disfunción premórbida, mala implicación familiar y peor vínculo con el profesional que los atiende. (ver tablas IV-4.1.2.4 a IV-4.1.2.5 y 4.1.2.8-10, pag 133, 134, 137 y 138).

4.1.3 SINTOMATOLOGÍA, DISFUNCIÓN SOCIAL Y LABORAL, GRAVEDAD Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS A LOS DOS AÑOS.

Las correlaciones rho entre las variables nº de visitas, nº de ingresos y dias de ingresos en agudos, son fuertemente significativas ($p < 0,001$) con el BPRS (subescala S y total) , GEP-P (1ª y 2ª pasación) y GAFS-M (1ª y 2ª pasación). En cuanto a las subescalas del LSP y total, las correlaciones rho son altamente significativas para nº de ingresos y dias de ingreso, pero no en todos los casos con el nº de visitas ambulatorias (tablas IV- 4.1.2.4 a 4.1.2.6, pag 130-131).

Tabla IV – 4.1.2.4 Correlaciones rho entre variables clínicas e Ingresos y dias de ingreso en Agudos a los 2 años.

N= 432	Nº DE VISITAS <i>r</i>	Nº INGRESOS <i>r</i>	DIAS INGRESO <i>r</i>
BPRS-D	0,333***	0,092	0,090
BPRS-S	0,291***	0,332***	0,336***
BPRS-Tot	0,414***	0,299***	0,302***
HAD-A	0,154**	0,006	0,005
HAD-D	0,187***	0,026	0,022

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$

Tabla IV – 4.1.2.5 Correlaciones rho entre Escalas de Gravedad e ingresos y dias de ingreso en agudos a los 2 años.

N= 432	Nº DE VISITAS <i>r</i>	Nº INGRESOS <i>r</i>	DIAS INGRESO <i>r</i>
GAFS-M 1ª	- 0,376***	- 0,303***	- 0,305***
GAFS-M 2ª n= 400	- 0,345***	- 0,296***	- 0,299***
GEP-P 1ª	0, 434***	0,364***	0,366***
GEP-P 2ª n = 400	0,307***	0,353***	0,355***

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$

Tabla IV – 4.1.2.6 Correlaciones rho entre Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana e ingresos y dias de ingreso en agudos a los 2 años.

N= 432	Nº DE VISITAS <i>r</i>	Nº INGRESOS <i>r</i>	DIAS INGRESO <i>r</i>
LSP AUTOCUIDADO	- 0,128**	- 0,304***	- 0,307***
LSP COMP SOC INT	- 0,088	- 0,278***	- 0,278***
LSP COM CONT SOC	- 0,254***	- 0,215***	- 0,217***
LSP COMP SOC NO PERS	- 0,170***	- 0,287***	- 0,284***
LSP VIDA AUTONOMA	- 0,215***	- 0,211***	- 0,215***
LSP TOTAL	- 0,227***	- 0,315***	- 0,316***

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$

4.2 CINCO AÑOS.-

4.2.1 Descripción de la Casuística de los pacientes en contacto con servicios a los cinco años.

Hemos dicotomizado la muestra en dos grupos, en base a un fichero de contactos ambulatorios, resultando dos grupos de 293 pacientes con menos de cinco años de seguimiento (67,8 %) y 139 pacientes con mas de cinco años de seguimiento (32,1 %). Se han comparado ambos grupos mediante ANOVAS de un factor y para

todas las escalas BPRS, HAD, LSP, GAFS-M Y GEP-P (ver tablas IV-4.2.1.1 a IV-4.2.1.4, pag 135-136, 137 y 138).

Los items del BPRS cuyas medias son significativamente superiores en el grupo de seguimiento superior a los cinco años, han resultado ser con mayor significación ($p < 0,001$) precisamente los de sintomatología negativa (retraimiento afectivo, inhibición motora, embotamiento afectivo). Con menor significación ($p < 0,01$) y ($p < 0,05$), preocupaciones somáticas, desorganización del pensamiento, falta de cooperación, contenido del pensamiento, comportamiento motor, estereotipias, tendencias depresivas, y conducta alucinatoria (tabla IV-4.2.1.1).

Solamente la subescala HAD-D ha resultado con una media significativamente superior en el grupo de mas de cinco años. Respecto al GAFS-M 1º y 2ª pasaciones son fuertemente significativas ($p < 0,001$) en dicho grupo (IV-4.2.1.3).

Discriminan mejor la pertenencia al grupo de mas de 5 años, puntuaciones más altas en gravedad de síntomas (tanto positivos como negativos), cualidad de síntomas, problemas laborales, disfunción premórbida y el total de la escala GEP-P. Con menor significación autocuidado e implicación familiar (tabla IV-4.2.1.2). Los items de la LSP implicados en este grupo de mayor persistencia en el seguimiento, son los que corresponden a las subescalas comunicación y contacto social y vida autonoma (tabla IV-4.2.1.4).

En el grupo de mas de cinco años de seguimiento estan mas representados los diagnósticos de Tr Psicóticos, Tr Afectivos (ver tabla VI-4.2.1.5, pag 139). El grupo de mas de cinco años tiene significativamente más ingresos ($t = -2,15, p < 0,05$)

Tabla IV- 4.1.2.7 Diferencias respecto a sintomatología entre los pacientes en contacto y sin contacto con servicios a los dos años, respecto a la visita basal.

ITEMS BPRS VISITA BASAL	En contacto con Servicios 2 años n = 290	Sin contacto con Servicios 2 años. n = 112	F
1.- Preocupaciones Somáticas	1,42 (1,26)	0,95 (1,12)	12,02**
2.- Ansiedad	3,33 (1,27)	3,09 (1,13)	3,04 n.s.
3.- Retraimiento Afectivo	0,54 (1,06)	0,22 (0,54)	9,13**
4.- Desorganización del Pensamiento	0,12 (0,41)	0,10 (0,38)	0,30 n.s.
5.- Sentimientos de Culpa	0,86 (1,12)	0,59 (0,95)	4,79*
6.- Comportamiento Motor	0,65 (0,99)	0,51 (0,87)	1,58 n.s.
7.- Estereotipias y Amaneramientos	0,04 (0,27)	0,01 (0,09)	1,75 n.s.
8.- Megalomanía	0,14 (0,54)	0,11 (0,54)	0,23 n.s.
9.- Tendencia Depresivas	2,88 (1,43)	2,38 (1,34)	10,06**
10.- Hostilidad	0,36 (0,75)	0,42 (0,82)	0,56 n.s.
11.- Desconfianza	0,57 (0,94)	0,62 (1,04)	0,26 n.s.
12.- Conducta Alucinatoria	0,26 (0,84)	0,29 (0,91)	0,09 n.s.
13.- Inhibición Motora	0,43 (0,93)	0,14 (0,56)	9,95**
14.- Falta de Cooperación	0,22 (0,64)	0,16 (0,66)	0,64 n.s.
15.- Contenido de Pensamiento	0,41 (1,03)	0,29 (0,89)	1,20 n.s.
16.- Embotamiento Afectivo	0,50 (1,05)	0,25 (0,80)	4,88*
17.- Excitación	0,91 (1,14)	0,89 (1,15)	0,02 n.s.
18.- Desorientación	0,57 (0,89)	0,47 (0,98)	1,02 n.s.
BPRS-D	9,54 (3,85)	7,66 (3,10)	21,18***
BPRS-S	4,63 (5,27)	3,83 (5,56)	1,78 n.s.
BPRS.Tot	14,17 (7,04)	11,49 (7,19)	11,48**

Tabla IV- 4.1.2.8 Diferencias respecto a gravedad entre los pacientes en contacto y sin contacto con servicios a los dos años, respecto a la visita basal.

ITEMS GEP-P VISITA BASAL	En contacto con Servicios a los 2 años. n = 290	Sin contacto con Servicios a los 2 años. n = 112	F
1.- Sintomas positivos	1,94 (0,72)	1,68 (0,66)	10,90**
2.- Sintomas negativos	0,69 (0,80)	0,51 (0,67)	4,29*
3.- Calidad de sintomas	1,97 (0,68)	1,69 (0,69)	13,42***
4.- Autocuidado	0,35 (0,62)	0,24 (0,57)	2,50 n.s
5.- Problemas laborales	1,09 (0,99)	0,77 (0,91)	8,86**
6.- Problemas familiares	0,76 (0,79)	0,50 (0,69)	9,11**
7.- Inestabilidad Domicilio	0,27 (0,50)	0,14 (0,42)	5,54*
8.- Potencial Suicida	0,56 (0,71)	0,35 (0,61)	7,49**
9.- Peligrosidad	0,31 (0,58)	0,23 (0,53)	1,37 n.s
10.- Toxicomanías	0,20 (0,50)	0,17 (0,48)	0,29 n.s
11.- Disfunción Premórbida	1,66 (0,92)	1,15 (0,97)	23,61***
12.- Problemas Medicos	0,60 (0,71)	0,59 (0,76)	0,00 n.s
13.- Implicación Familiar	0,82 (0,73)	0,56 (0,69)	10,45**
14.- Oposición tratamiento	0,32 (0,58)	0,20 (0,51)	3,87*
15.- Relación Terap con prof	0,33 (0,61)	0,22 (0,58)	5,40*
Total GEP-P	11,88 (5,72)	9,00 (5,59)	20,71***

Tabla IV- 4.2.1.1 Diferencias en cuanto a sintomatología entre los pacientes en contacto y sin contacto con servicios a los cinco años, respecto a la visita basal.

ITEMS BPRS VISITA BASAL	En contacto con Servicios 5 años n = 139	Sin contacto con Servicios 5 años. n = 293	F
1.- Preocupaciones Somáticas	1,53 (1,33)	1,16 (1,17)	7,95**
2.- Ansiedad	3,24 (1,32)	3,28 (1,19)	0,08 n.s.
3.- Retraimiento Afectivo	0,73 (1,13)	0,30 (0,82)	18,97**
4.- Desorganización del Pensamiento	0,21 (0,53)	0,07 (0,30)	11,38**
5.- Sentimientos de Culpa	0,83 (1,13)	0,76 (1,05)	0,29 n.s.
6.- Comportamiento Motor	0,74 (1,04)	0,54 (0,91)	3,76 n.s.
7.- Estereotipias y Amaneramientos	0,08 (0,38)	0,01 (0,10)	7,29**
8.- Megalomanía	0,19 (0,66)	0,10 (0,46)	2,44 n.s.
9.- Tendencia Depresivas	2,99 (1,56)	2,61 (1,34)	6,24*
10.- Hostilidad	0,38 (0,76)	0,37 (0,77)	0,02 n.s.
11.- Desconfianza	0,67 (1,05)	0,53 (0,92)	1,91 n.s.
12.- Conducta Alucinatoria	0,39 (1,07)	0,20 (0,72)	4,40*
13.- Inhibición Motora	0,63 (1,11)	0,21 (0,64)	23,38***
14.- Falta de Cooperación	0,33 (0,80)	0,14 (0,54)	8,30**
15.- Contenido de Pensamiento	0,62 (1,22)	0,25 (0,82)	13,25***
16.- Embotamiento Afectivo	0,72 (1,19)	0,28 (0,84)	18,44***
17.- Excitación	0,90 (1,15)	0,91 (1,14)	0,01 n.s.
18.- Desorientación	0,53 (0,85)	0,55 (0,95)	0,05 n.s.
BPRS-D	9,94 (4,35)	8,53 (3,29)	13,17***
BPRS-S	5,75 (6,15)	3,70 (4,76)	13,54***
BPRS.Tot	15,69 (8,12)	12,24 (6,31)	22,06***

Tabla IV- 4.2.1.2 Diferencias en cuanto a gravedad entre los pacientes en contacto y sin contacto con servicios a los cinco años, respecto a la visita basal.

ITEMS GEP-P VISITA BASAL	En contacto con Servicios a los 5 años. n = 139	Sin contacto con Servicios a los 5 años. n = 293	F
1.- Sintomas positivos	2,06 (0,75)	1,77 (0,67)	15,78***
2.- Sintomas negativos	0,86 (0,85)	0,52 (0,69)	18,72***
3.- Calidad de sintomas	2,16 (0,64)	1,75 (0,69)	33,38***
4.- Autocuidado	0,44 (0,69)	0,25 (0,55)	8,79**
5.- Problemas laborales	1,30 (1,06)	0,84 (0,89)	21,24***
6.- Problemas familiares	0,80 (0,84)	0,63 (0,73)	4,86*
7.- Inestabilidad Domicilio	0,31 (0,52)	0,19 (0,45)	5,48*
8.- Potencial Suicida	0,60 (0,75)	0,45 (0,66)	4,49*
9.- Peligrosidad	0,36 (0,63)	0,25 (0,53)	3,73 n.s.
10.- Toxicomanías	0,22 (0,52)	0,17 (0,48)	0,92 n.s.
11.- Disfunción Premórbida	1,85 (0,92)	1,34 (0,93)	26,26***
12.- Problemas Medicos	0,67 (0,75)	0,56 (0,70)	2,08 n.s.
13.- Implicación Familiar	0,88 (0,75)	0,68 (0,71)	6,94**
14.- Oposición tratamiento	0,36 (0,66)	0,25 (0,51)	3,10 n.s.
15.- Relación Terap con prof	0,39 (0,65)	0,31 (0,57)	1,76 n.s.
Total GEP-P	13,28 (5,75)	9,93 (5,53)	32,26***

Tabla IV-4.1.2.9 Diferencias respecto a disfunción psicosocial entre los pacientes en contacto y sin contacto con servicios a los dos años respecto a la visita basal.

ESCALA GAFS-M 1ª/2ª	En contacto con Servicios 2 años n = 290	Sin contacto con Servicios 2 años n = 112	F
GAFS-M 1ª	62,29 (11,94)	66,09 (10,52)	8,90**
GAFS-M 2ª	64,83 (14,64)	73,32 (14,54)	27,22***

Tabla IV-4.2.1.3 Diferencias respecto a disfunción psicosocial entre los pacientes en contacto y sin contacto con servicios a los cinco años, respecto a la visita basal.

ESCALA GAFS-M 1ª/2ª	En contacto con Servicios 5 años n = 139	Sin contacto con Servicios 5 años n = 293	F
GAFS-M 1ª	59,20 (12,85)	65,12 (10,94)	23,42***
GAFS-M 2ª	62,11 (16,14)	69,89 (13,79)	25,54***

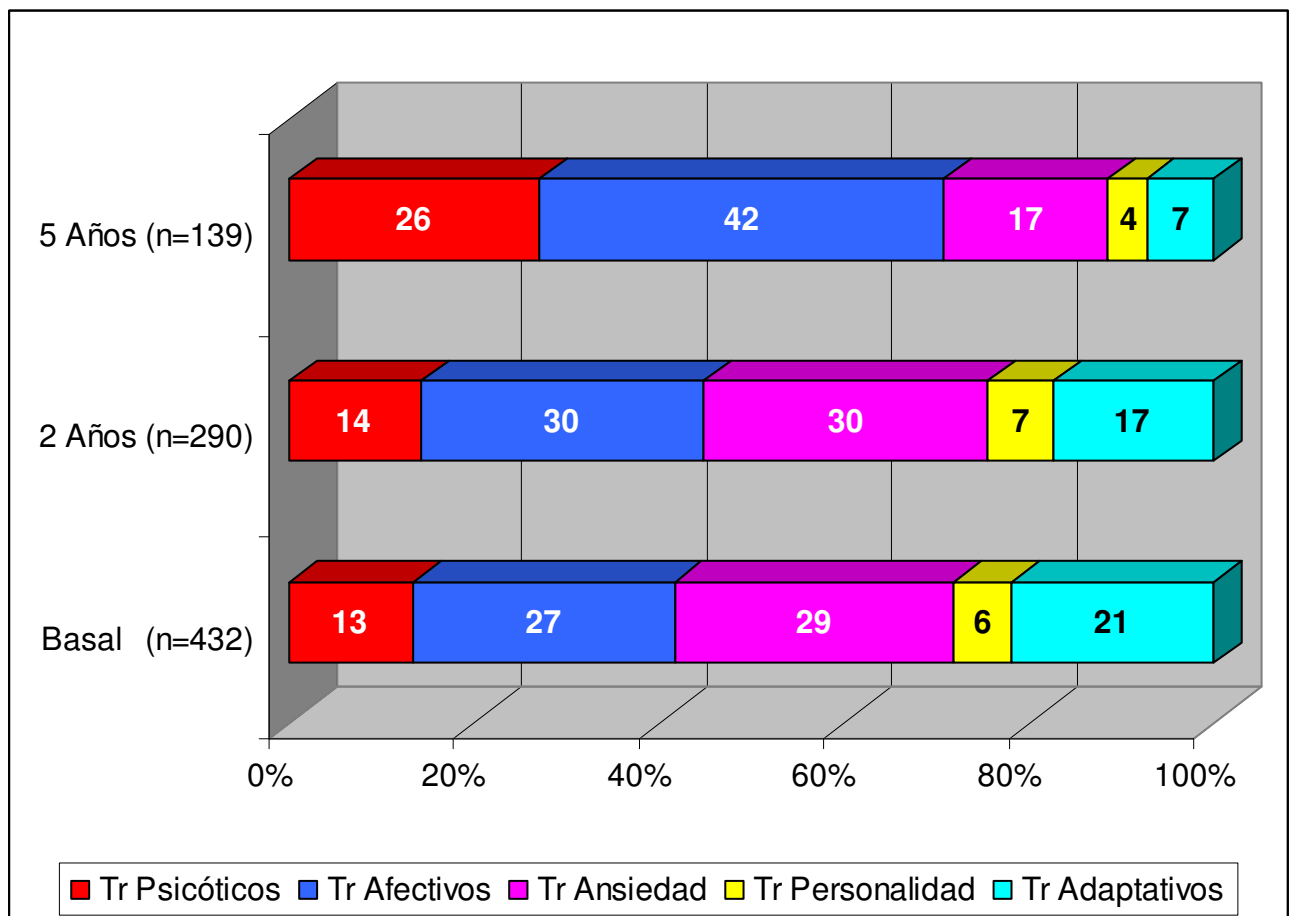
Tabla IV-4.2.1.4 Diferencias respecto a habilidades vida cotidiana, entre los pacientes en contacto y sin contacto con servicios a los dos y cinco años respecto a la visita basal.

SUBESCALAS LSP		2 AÑOS	5 AÑOS
Comunicación y Contacto Social (Capacidad de relación y vínculo social)	Siguen en Contacto	20,77 (3,39) n = 290 F = 6,04**	20,05 (3,63) n= 139 F = 16,04***
	No siguen Contacto	21,63 (2,50) n = 112	21,39 (2,91) n= 293
Vida Autónoma (Capacidad laboral y de vivir por si mismo)	Siguen en Contacto	22,03 (4,85) n = 290 F = 6,59**	20,72 (5,07) n= 139 F = 26,62***
	No siguen Contacto	23,33 (3,85) n = 112	23,18 (4,23) n= 293
Total LSP	Siguen en Contacto	139,95 (13,96) n = 290 F = 3,83*	137,53 (14,25) n= 139 F = 10,73**
	No siguen Contacto	142,90 (13,08) n = 112	142,17 (13,05) n= 293

Tabla IV- 4.2.1.5 Diferencias en cuanto a Diagnósticos DSM-Agrupados en pacientes en contacto y sin contacto con servicios a los 5 años.

AGRUPACIONES DSM-IV	< 5 AÑOS n = 293 % (vertical)	> 5 AÑOS n = 139 % (vertical)	χ^2 (gl)
1.- TR. ORGANICOS	3,7	2,2	75,48*** (7)
2.- TR. PSICÓTICOS	6,8	<u>26,1</u>	
3.- TR. AFECTIVOS	19,7	<u>42,1</u>	
4.- TR. ANSIEDAD	<u>34,4</u>	17,4	
5.- TR. PERSONALIDAD	6,5	4,3	
6.- ADAPTATIVOS	<u>27,2</u>	7,2	
7.- ABUSO/DEP. SUBST.	1,7	0,7	

Gráfico 4.2.1.6 Perfiles diagnósticos de los casos que se mantienen en contacto con el CSM a los 2 y a los 5 años.



5. PERFILES DE PACIENTES SEGÚN GRAVEDAD Y CARGA ASISTENCIAL.

Hemos efectuado un análisis de Cluster por el procedimiento de K-Medias con los 15 ítems de la Escala GEP-P (1ª pasación) e introduciendo también como variable a clasificar las agrupaciones diagnósticas DSM agrupadas en 8 grupos. Se obtiene una clasificación de 5 grupos (gráficos V-1 a V-8; tablas V-1 a V-10, págs 140-154).

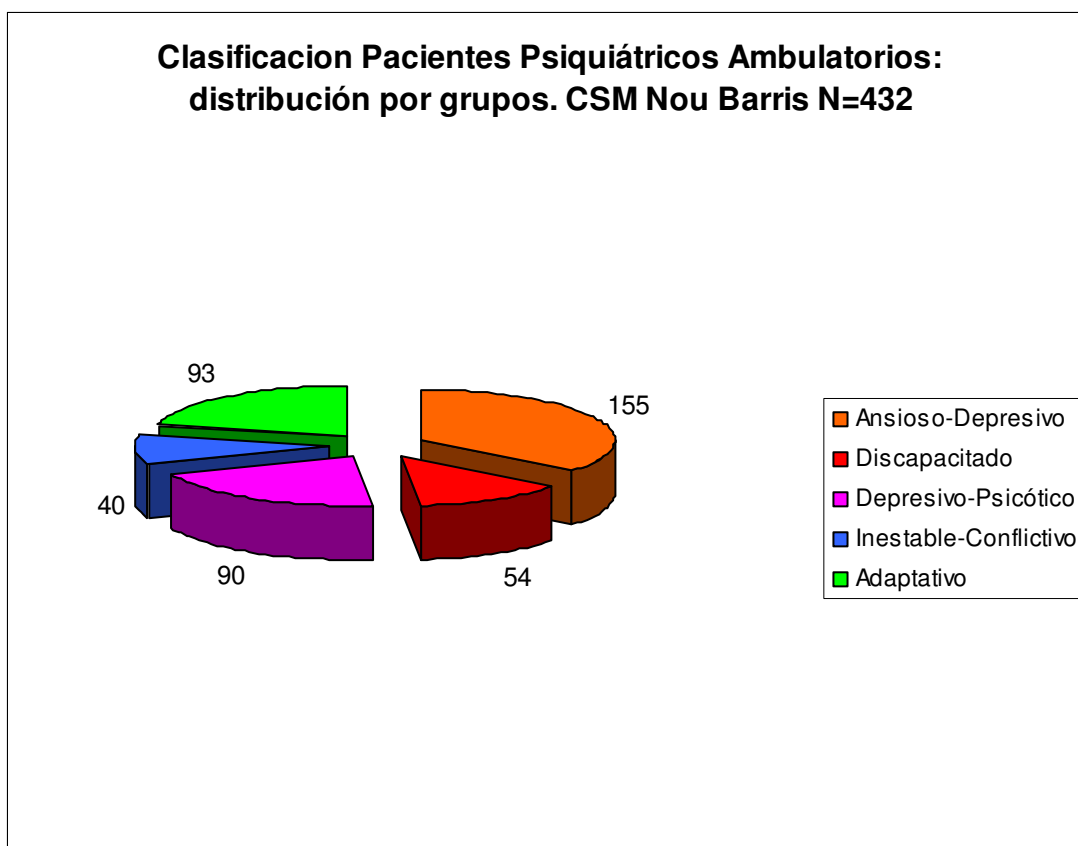


Grafico V – 1

Existen diferencias significativas en cuanto a edad y género en los cinco grupos. Los grupos 4, 2 y 1 son más jóvenes. Hay más hombres en el grupo 2 y en el grupo 4 (n.s.). Hay más mujeres en los grupos 1 y 3 (n.s.).

Tabla V - 1 Diferencias en cuanto a Edad en los 5 Perfiles de Complejidad.

N = 432	n	M (DT)	F	DUNCAN
1. Ansioso-Depresivo	154	54,92 (15,44)	8,10***	4,2,1 < 5,3
2. Discapacitado	54	54,41 (16,44)		
3. Depresivo-Psicótico	91	63,34 (15,43)		
4. Inestable-Conflictivo	40	49,88 (12,93)		
5. Leves (Adaptación)	93	60,55 (16,27)		

*** $p < 0,001$

Tabla V - 2 Diferencias en cuanto a Género en los 5 perfiles de complejidad.

N = 432	HOMBRES n = 142 % verticales	MUJERES n = 290 % verticales	χ^2
Ansioso-Depresivo	28,9	39,0	15,17** (4)
Discapacitado	18,3	9,7	
Depresivo-Psicótico	15,5	23,8	
Inestable-Conflictivo	12,7	7,6	
Leves (Adaptación)	24,6	20,0	

** $p < 0,01$

Tabla V - 3 Diferencias en cuanto a diagnósticos en los 5 perfiles de complejidad.

N = 432	Grupo 1 (n=155) % (verticales)	Grupo 2 (n=54) (verticales)	Grupo 3 (n=90) (verticales)	Grupo 4 (n=40) (verticales)	Grupo 5 (n=93) (verticales)
Tr Orgánicos	0	13	7,7	0	0
Tr Psicóticos	0	61,1	25,3	0	0
Tr Afectivos	0	25,9	48,4	0	0
Distimias	25,3	0	18,7	5,0	0
Tr Ansiedad	70,1	0	0	40,0	1,1
Tr Personalidad	4,5	0	0	32,5	5,4
Tr Adaptativos	0	0	0	12,5	91,4
Abuso/Dep Sustancias	0	0	0	10,0	2,2

$$X^2 = 871,35 \text{ gl } (28) \quad p < 0,001$$

En diagnósticos, mas distimias y trastornos de ansiedad en el grupo 1, mas trastornos psicóticos y orgánicos en el grupo 2, mas trastornos afectivos en el grupo 3, mas trastornos de personalidad en el grupo 4, y por último mas trastornos adaptativos en el grupo 5.

Grupo 1	Ansioso-Depresivos	155
Grupo 2	Discapacitados	54
Grupo 3	Depresivo-Psicótico	90
Grupo 4	Inestable-Conflicto	40
Grupo 5	Adaptación (Leves)	93
	Total	432

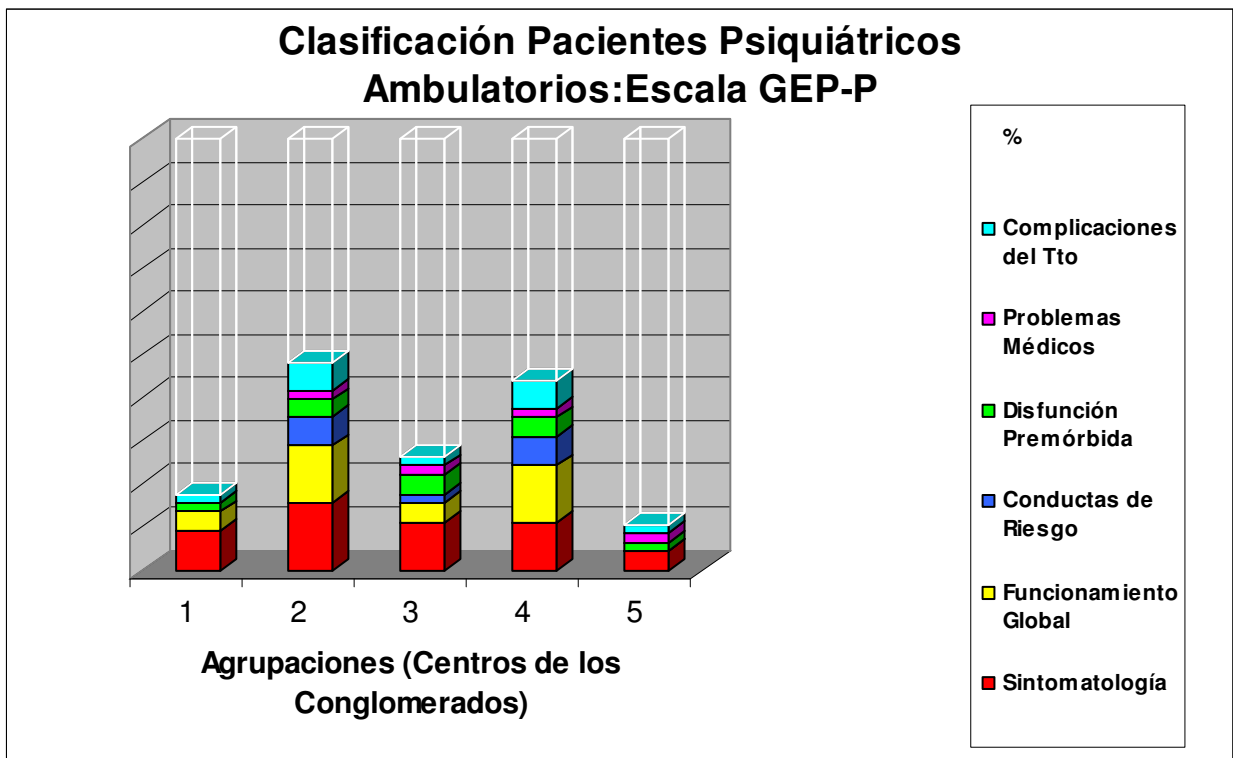


Grafico V – 2 . Las seis dimensiones de medida de la Gravedad en un CSM Comunitario y los cinco Perfiles de Complejidad. 1=Ansioso-Depresivo; 2=Discapacitado; 3=Depresivo-Psicótico; 4=Inestable-Conflicativo; 5=Adaptativo.

Clasificación Pacientes Psiquiátricos Ambulatorios: Escala original de Lyons

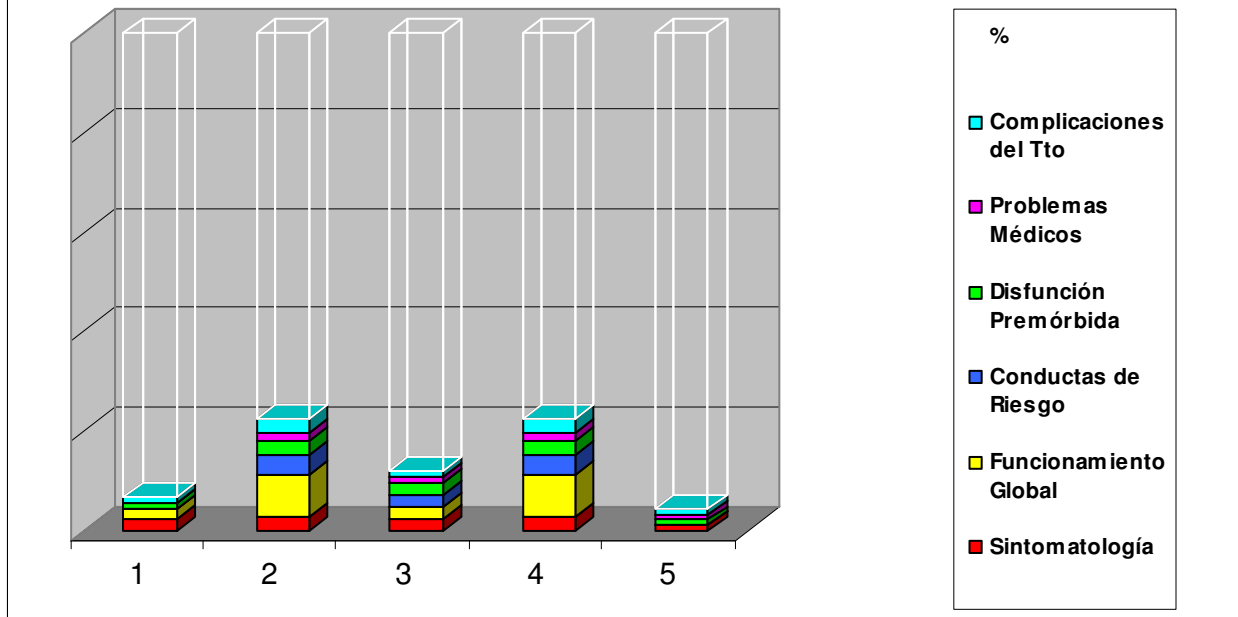


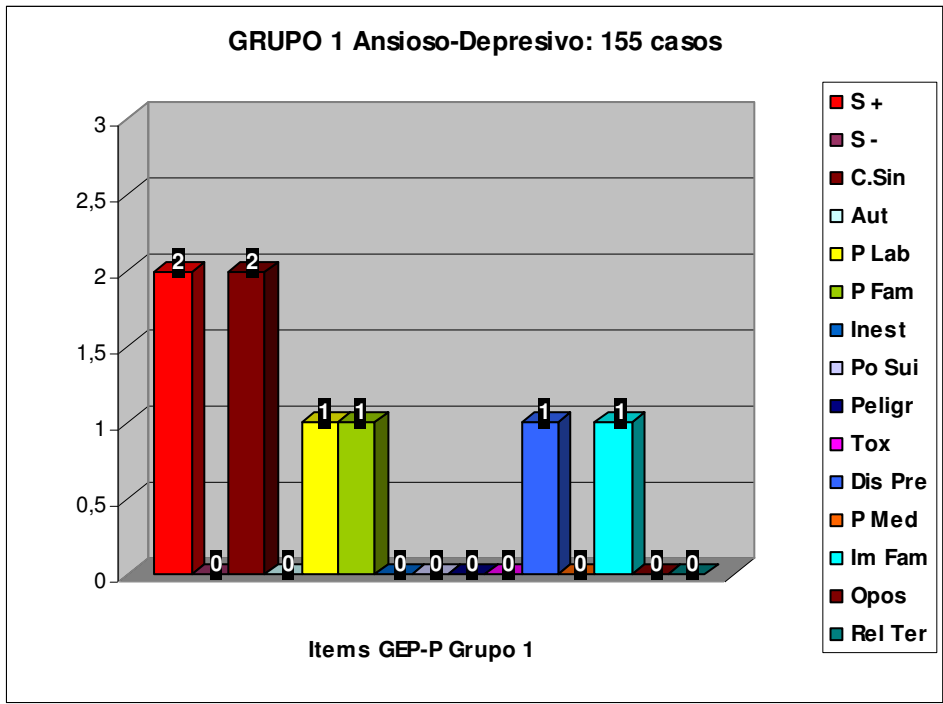
Gráfico V -3. Las seis dimensiones de medida de la Gravedad en un CSM Comunitario y los cinco Perfiles de Complejidad. Escala original de Lyons. 1=Ansioso-Depresivo; 2=Discapacitado; 3=Depresivo-Psicótico; 4=Inestable-Conflictivo; 5=Adaptativo.

GRUPO 1.

Tabla V - 4. Características definitorias del Grupo 1.

N = 432	Características	OBSERVACIONES
Nº DE CASOS	155	Leves síntomas positivos no psicóticos.
BPRS-D	8,6	Absentismo laboral, Subempleo, Conflictos con superiores o compañeros. Leves conflictos familiares. Antecedentes de crisis
BPRS-S	2	
BPRS-Tot	10,5	situacionales resueltas por cabecera.
HAD-A	11,5	No conductas de riesgo ni problemas médicos.
HAD-D	8,2	RANGO GAFS-M : “Algunas dificultades en la actividad social y laboral, pero en general el funcionamiento es bastante bueno, tiene algunas relaciones interpersonales significativas”
GAFS-M 1ª	67,5	GRAVEDAD MODERADA-BAJA
GAFS-M 2ª	73,3	
GEP-P	8	Sin problemas de autocuidado.
LAVIK	11	No problemas de relación y vínculo social
AUTOCUIDADO (10-40)	39,15	No conductas psicopáticas ni autoagresivas
COMPORT SOCIAL INTER (10-40)	37,66	Ligeros problemas de autonomía.
COMUNICACION CONT SOC (6-24)	21,97	CARGA ASISTENCIAL: media, sin ingresos
COMPORT SOCIAL NO PERS (6-24)	23,19	
VIDA AUTONOMA (7-28)	23,81	108 Tr Ans; 39 Dist; 4 TP (2 paranoides, 1 Hist, 1 Tr Impulsivo).
DIAS AGUDOS	< 1	
VISITAS	11	
DIAGNOSTICO	ANSIEDAD/ DISTIMIA	

Grupo muy numeroso que podríamos etiquetar de “Ansioso-Depresivo” porque lo que más destacaría en él, es la presencia de sintomatología ansiosa-depresiva moderada, escasa disfunción psicosocial, leves problemas laborales, gravedad moderada-baja y carga asistencial media-baja sin ingresos.



S+: Síntomas positivos, S-: Síntomas negativos, C.Sin: Calidad de síntomas, Aut: autocuidado, P Lab: problemas laborales, P Fam: problemas familiares, Inest: inestabilidad domicilio, Po Sui: potencial suicida, Peligr: peligrosidad para los demás, Tox: toxicomanías, Dis Pre: disfunción premórbida, P Med: problemas médicos, Im Fam: implicación familiar, Opos: oposición al tratamiento, Rel Ter: relación terapéutica con el profesional.

Gráfico V- 4. Grupo Ansioso-Depresivo.

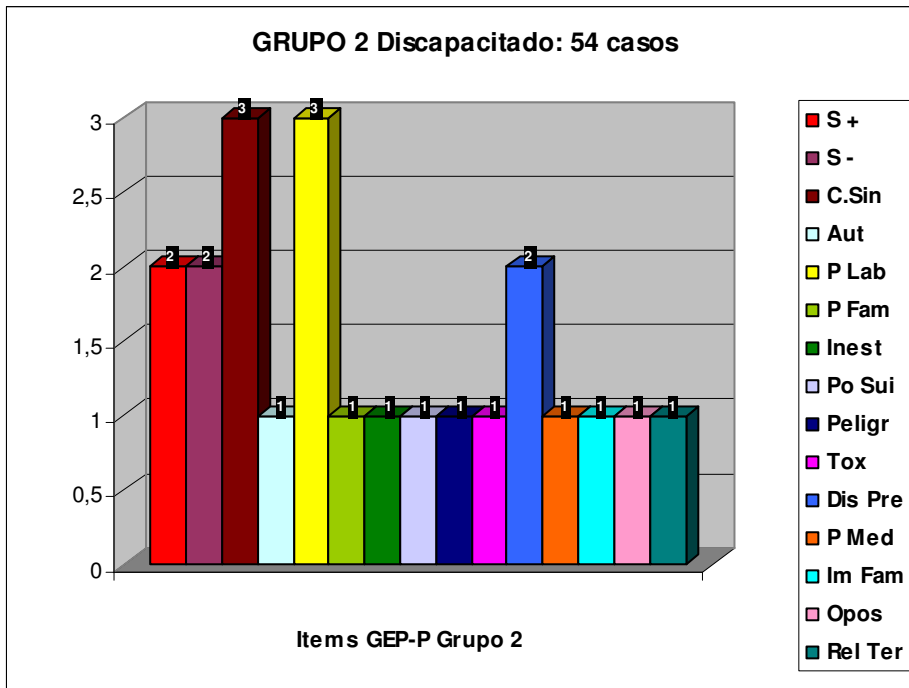
A nivel diagnóstico este grupo se caracteriza por la presencia de distimias no complicadas, trastornos de angustia con agorafobia y sin agorafobia, TAG y somatoformes.

GRUPO 2.

Tabla V - 5 Características definitorias del Grupo 2.

N = 432	Características	OBSERVACIONES
Nº DE CASOS	54	SINTOMAS GRAVES DE TIPO PSICÓTICO
BPRS-D	11	STMAS NEGATIVOS: deficits cognitivos relevantes, aplanamiento afectivo.
BPRS-S	13,3	
BPRS-Tot	24,2	PROBLEMAS AUTOCUIDADO: problemas de higiene, incapacidad de administrarse.
HAD-A	10,4	DESEMPLEO CRONICO: incapacidad laboral
HAD-D	11	
GAFS-M 1ª	45	Pueden precisar rehabilitación. CONDUCTAS DE RIESGO. Agresividad verbal.
GAFS-M 2ª	44	
GEP-P	22	PERSISTENCIA DE LA SINTOMATOLOGIA
AUTOCUIDADO (10-40)	33,72	COMPLICACIONES EN EL TTO:rechazo de familiares, oposicion al tratamiento.
COMPORT SOCIAL INTER (10-40)	34,61	
COMUNICACION CONT SOC (6-24)	16,98	DIFICIL VINCULO CON PROFESIONAL
COMPORT SOCIAL NO PERS (6-24)	21,19	RANGO GAFS-M:” Deterioro muy importante en varias areas”.
VIDA AUTONOMA (7-28)	16,59	
LAVIK	273	Graves problemas de relación y de vínculo
VISITAS	18	Social. Muy escasa autonomía.
DIAS AGUDOS	39	GRAVEDAD ALTA
DIAGNOSTICO	PSICOTICOS	CARGA ASISTENCIAL: MUY ALTA 33 Tr Psi; 14 TDM; 7 Tr Org (1 RM, 3 Demen, 2 Tr Cognoscit, 1 Demen OH).

Grupo en el que lo que más destaca es la “Discapacidad” tanto laboral como socialmente, con serios problemas de autocuidado, desempleo crónico, síntomas positivos graves y presencia de síntomas negativos, oposición al tratamiento y difícil vínculo con el profesional, gravedad alta y carga asistencial muy alta.



S+: Síntomas positivos, S-: Síntomas negativos, C.Sin: Calidad de síntomas, Aut: autocuidado, P Lab: problemas laborales, P Fam: problemas familiares, Inest: inestabilidad domicilio, Po Sui: potencial suicida, Peligr: peligrosidad para los demás, Tox: toxicomanías, Dis Pre: disfunción premórbida, P Med: problemas médicos, Im Fam: implicación familiar, Opos: oposición al tratamiento, Rel Ter: relación terapéutica con el profesional.

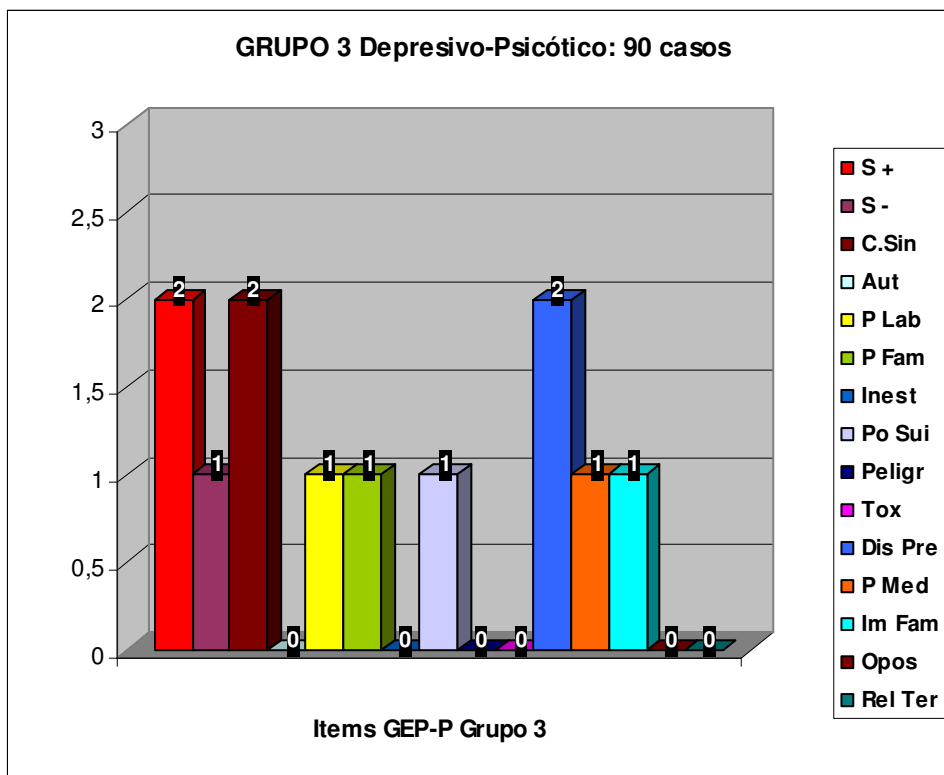
Gráfico V - 5. Discapacitado.

En este grupo se agrupan los trastornos esquizofrénicos de mala evolución, trastornos orgánicos, TDM graves y trastornos bipolares. Un suicidio consumado.

GRUPO 3.

Tabla V – 6. Características definitorias del Grupo 3.

N = 432	Características	OBSERVACIONES
Nº DE CASOS	90	MODERADOS SINTOMAS POSITIVOS.
BPRS-D	9,6	Deficits cognitivos sin repercusiones en la vida cotidiana, poca expresividad.
BPRS-S	4,2	
BPRS-Tot	13,8	
HAD-A	12	No problemas significativos en autocuidado.
HAD-D	11	Absentismo laboral, subempleo, conflictos con superiores o compañeros. Ideas de muerte pasiva. DISFUNCION PREMORBIDA:
GAFS-M 1ª	64,7	
GAFS-M 2ª	67,5	precisó tratamiento especializado.
GEP-P	12	PROBLEMAS MEDICOS: que no complican enfermedad psiquiátrica.
AUTOCUIDADO (10-40)	38,87	
COMPORT SOCIAL INTER (10-40)	37,29	NO HAY COMPLICACIONES EN EL TTO:
COMUNICACION CONT SOC (6-24)	21,09	
COMPORT SOCIAL NO PERS (6-24)	22,89	Buena relación terapéutica.
VIDA AUTONOMA (7-28)	22,37	RANGO GAFS-M: "Moderada dificultad en la actividad en la actividad social y laboral".
LAVIK	26,5	
VISITAS	13,7	GRAVEDAD MODERADA.
DIAS AGUDOS	4,2	CARGA ASISTENCIAL: MEDIA
DIAGNOSTICO	DEPRESIVO/ PSICOTICO	44 TDM; 23 Tr Psi; 17 Dist; 7 Tr Org (3 Tr Org Animo, 1 Demen, 2 Amnes OH, 1 Org Person)



S+: Síntomas positivos, S-: Síntomas negativos, C.Sin: Calidad de síntomas, Aut: autocuidado, P Lab: problemas laborales, P Fam: problemas familiares, Inest: inestabilidad domicilio, Po Sui: potencial suicida, Peligr: peligrosidad para los demás, Tox: toxicomanías, Dis Pre: disfunción premórbida, P Med: problemas médicos, Im Fam: implicación familiar, Opos: oposición al tratamiento, Rel Ter: relación terapéutica con el profesional.

Gráfico V - 6. Depresivo-Psicótico.

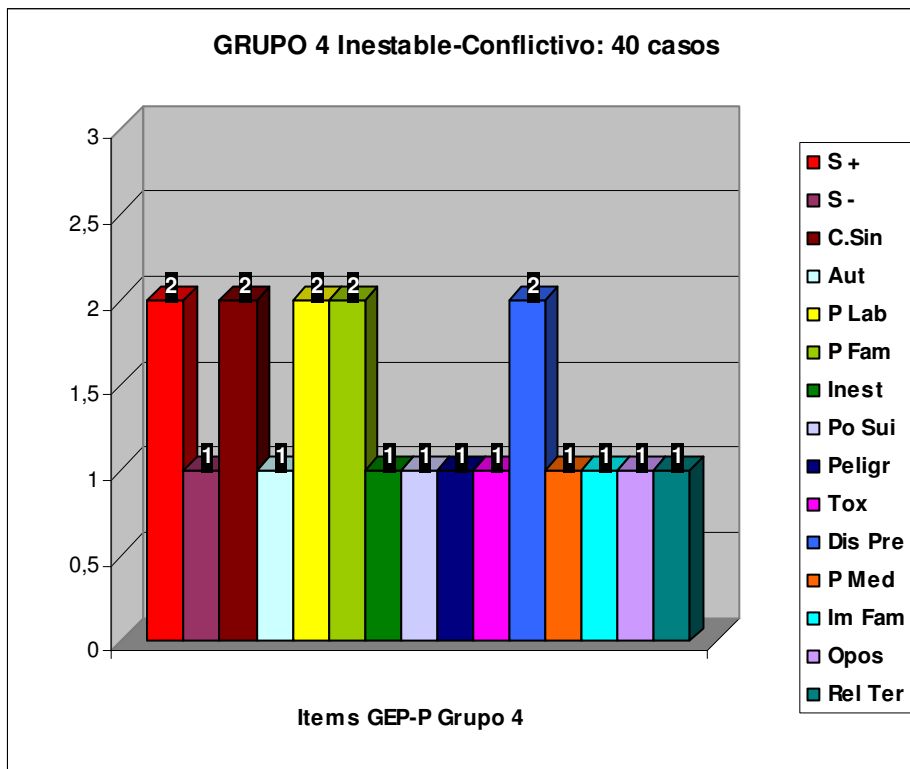
Grupo “Depresivo-Psicótico”, caracterizado por sintomatología moderada y riesgo suicida no grave, leves problemas laborales y familiares, patologías médicas, gravedad moderada y carga asistencial media. Se agrupan aquí las esquizofrenias de buena evolución, distimias complicadas con trastornos de personalidad, TDM recurrentes y algunos trastornos bipolares.

GRUPO 4.

Tabla V – 7 Características definitorias del Grupo 4.

N = 432	Características	OBSERVACIONES
Nº DE CASOS	40	SINTOMAS POSITIVOS moderados-graves
BPRS-D	10	Deficits cognitivos no graves. Trastornos de comportamiento. Mala autogestión personal
BPRS-S	6	
BPRS-Tot	16	DESEMPLEO TEMPORAL. CONFLICTOS FAMILIARES. CONDUCTAS DE RIESGO:
HAD-A	14	Ideas suicidas e intentos en el pasado. Hetero-agresividad verbal. Agresiones en el pasado
HAD-D	13	
GAFS-M 1ª	53	Antecedentes de tratamiento psiquiátrico.
GAFS-M 2ª	57	
GEP-P	20	COMPLICACIONES EN EL TRATAMIENTO:
AUTOCUIDADO (10-40)	34,38	rechazo de familiares, reticente
COMPORT SOCIAL INTER (10-40)	32,98	al tratamiento, mal vínculo con profesional.
COMUNICACION CONT SOC (6-24)	19,25	RANGO GAFS-M: “ Serios problemas en la actividad social y laboral”
COMPORT SOCIAL NO PERS (6-24)	20,02	
VIDA AUTONOMA (7-28)	19,68	Conflictividad con los demás.
LAVIK	39	Conductas psicopáticas y autoagresivas.
VISITAS	12,4	Escasa autonomía. GRAVEDAD ALTA.
DIAS AGUDOS	9	CARGA ASISTENCIAL: ALTA
DIAGNOSTICO	Tr Personalidad / Tr Ansiedad	16 Tr Ans; 12TP (1 Esquiz; 2 Esquizotip, 1 Hist, 1 Disocial, 1 Impuls, 5 Limit, 1 Depen); 5 Tr Adap; 4 Abus/Subst; 2 Dist

Grupo “Inestable-Conflictivo” con síntomas graves, problemas de autocuidado importantes, desempleo temporal, conflictos familiares, conductas de riesgo, oposición al tratamiento, mal vínculo con el profesional, gravedad alta y carga asistencial alta.



S+: Síntomas positivos, S-: Síntomas negativos, C.Sin: Calidad de síntomas, Aut: autocuidado, P Lab: problemas laborales, P Fam: problemas familiares, Inest: inestabilidad domicilio, Po Sui: potencial suicida, Peligr: peligrosidad para los demás, Tox: toxicomanías, Dis Pre: disfunción premórbida, P Med: problemas médicos, Im Fam: implicación familiar, Opos: oposición al tratamiento, Rel Ter: relación terapéutica con el profesional.

Gráfico V - 7. Inestable-Conflictivo

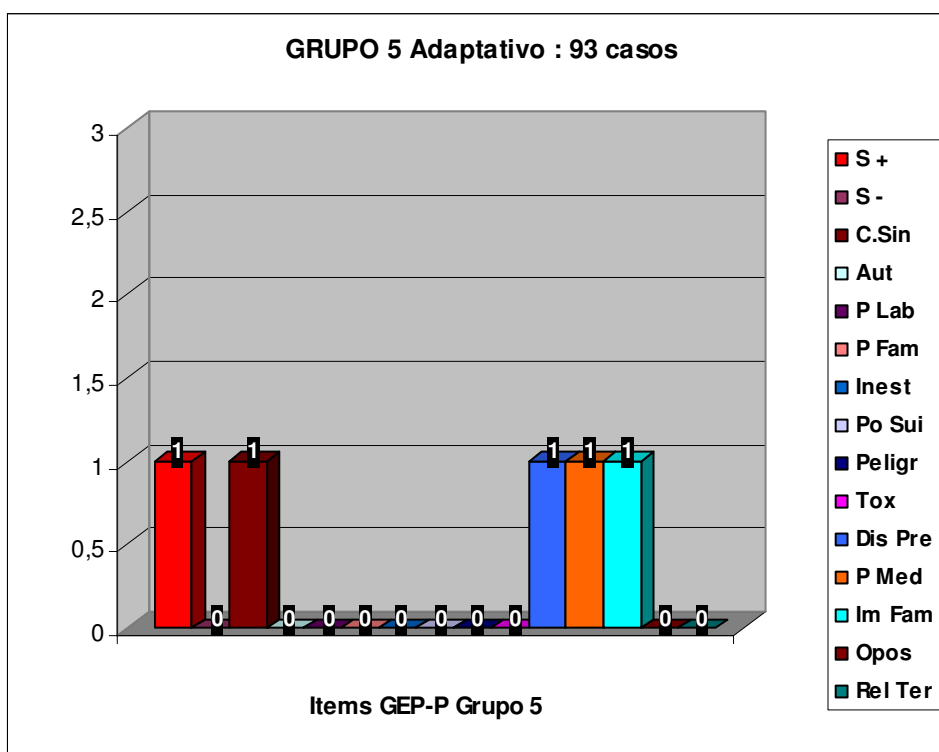
En este grupo están más representados los TLP y trastornos de ansiedad complicados. Un suicidio consumado.

GRUPO 5.

Tabla V -8. Características definitorias del Grupo 5.

N = 432	Características	OBSERVACIONES
Nº DE CASOS	93	SINTOMAS LEVES. No síntomas negativos
BPRS-D	7	SIN PROBLEMAS LABORALES
BPRS-S	1	NI FAMILIARES. NO CONDUCTAS DE RIES-
BPRS-Tot	8	GO. Enferm médicas no complican tto psiquiat
HAD-A	10	Antecedentes de crisis situacionales resueltas
HAD-D	7	por cabecera. NO COMPLICACIONES EN
GAFS-M 1ª	70	TRATAMIENTO.
GAFS-M 2ª	76	RANGO GAFS-M: "Ligero deterioro en la
GEP-P	5	actividad social y laboral"
AUTOCUIDADO (10-40)	39,10	Sin problemas de autocuidado. No conflicti-
COMPORT SOCIAL INTER (10-40)	37,56	vidad con los demas. No problemas de rela-
COMUNICACION CONT SOC (6-24)	22,37	ción y vínculo social. No conductas psicopá-
COMPORT SOCIAL NO PERS (6-24)	23,26	ticas ni autoagresivas. No problemas de
VIDA AUTONOMA (7-28)	24,48	Autonomía.
LAVIK	4,7	GRAVEDAD BAJA
VISITAS	4,7	
DIAS AGUDOS	0	CARGA ASISTENCIAL: BAJA
DIAGNOSTICO	TR ADAPTATIVOS	85 Tr Adapt ; 5 TP(1 Par, 1 Obs-Comp, 2 Hist, 1 NOS); 2 Abus; 1 Tr Ans

Grupo "Adaptativo" con síntomas leves, disfunción psicosocial leve, sin problemas laborales, gravedad baja y carga asistencial baja. A nivel diagnóstico, estan mas representados los trastornos de adaptación y códigos V.



S+: Síntomas positivos, S-: Síntomas negativos, C.Sin: Calidad de síntomas, Aut: autocuidado, P Lab: problemas laborales, P Fam: problemas familiares, Inest: inestabilidad domicilio, Po Sui: potencial suicida, Peligr: peligrosidad para los demás, Tox: toxicomanías, Dis Pre: disfunción premórbida, P Med: problemas médicos, Im Fam: implicación familiar, Opos: oposición al tratamiento, Rel Ter: relación terapéutica con el profesional.

Grafico V - 8. Leves (Adaptación).

Hemos efectuado un ANOVA y posterior análisis de Duncan a fin de establecer diferencias estadísticamente significativas en la distribución de la carga asistencial en los cinco grupos (tabla V-9). Se obtienen diferencias respecto al grupo 2, de mucha mas carga asistencial que el resto.

Hemos efectuado un ANOVA y análisis de Duncan a fin de establecer diferencias estadísticamente significativas en la distribución de la puntuación de las subescalas del LSP en los cinco grupos (tabla V-10). En cuanto a AUTOCUIDADO, los grupos 2 y 4 obtienen las puntuaciones mas bajas. En COMPORTAMIENTO SOCIAL INTERPERSONAL, el grupo 4 es el de peor resultado, lo que es coherente

con la definición del grupo “inestable-conflictivo”. En la subescala COMUNICACIÓN Y CONTACTO SOCIAL que evalúa capacidad de relación y vínculo social, el grupo 2 es el más bajo, aunque también el grupo 4. En la subescala COMPORTAMIENTO SOCIAL NO PERSONAL que evalúa conductas psicopáticas, disociales y autoagresivas, es el grupo 4 el más bajo, coherente con la definición del grupo. Por último la subescala VIDA AUTÓNOMA señala el grupo 2 como el más afectado, aunque también el grupo 4 y el grupo 3. El análisis de estas subescalas del LSP contribuyen a definir el perfil psicosocial de los cinco grupos.

Tabla V -9 Variaciones en la carga asistencial y Perfiles de Complejidad.

	Grupo 1 (n = 155) M (DT)	Grupo 2 (n = 54) M (DT)	Grupo 3 (n = 90) M (DT)	Grupo 4 (n = 40) M (DT)	Grupo 5 (n = 93) M (DT)	F	DUNCAN
Nº VISITAS	10,94 (11,89)	18,17 (10,74)	13,70 (12,58)	12,40 (8,00)	4,77 (3,5)	16,60***	5 < 1,4,3 < 2
Nº INGRESOS	0,01 (0,08)	0,96 (1,81)	0,31 (0,96)	0,68 (1,40)	0,00 (0,00)	15,90***	5,1,3 < 4,2
DIAS AGUDOS	0,05 (0,64)	39,00 (117,80)	4,29 (13,53)	8,98 (24,68)	0,00 (0,00)	9,36***	5,1,3,4 < 2
LAVIK	11,14 (12,12)	273,01 (566,64)	26,56 (42,50)	39,47 (75,72)	4,77 (3,50)	19,36***	5,1,3,4 < 2

*** $p < 0,001$

Tabla V-10. Variaciones en el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana y Grupos de Complejidad.

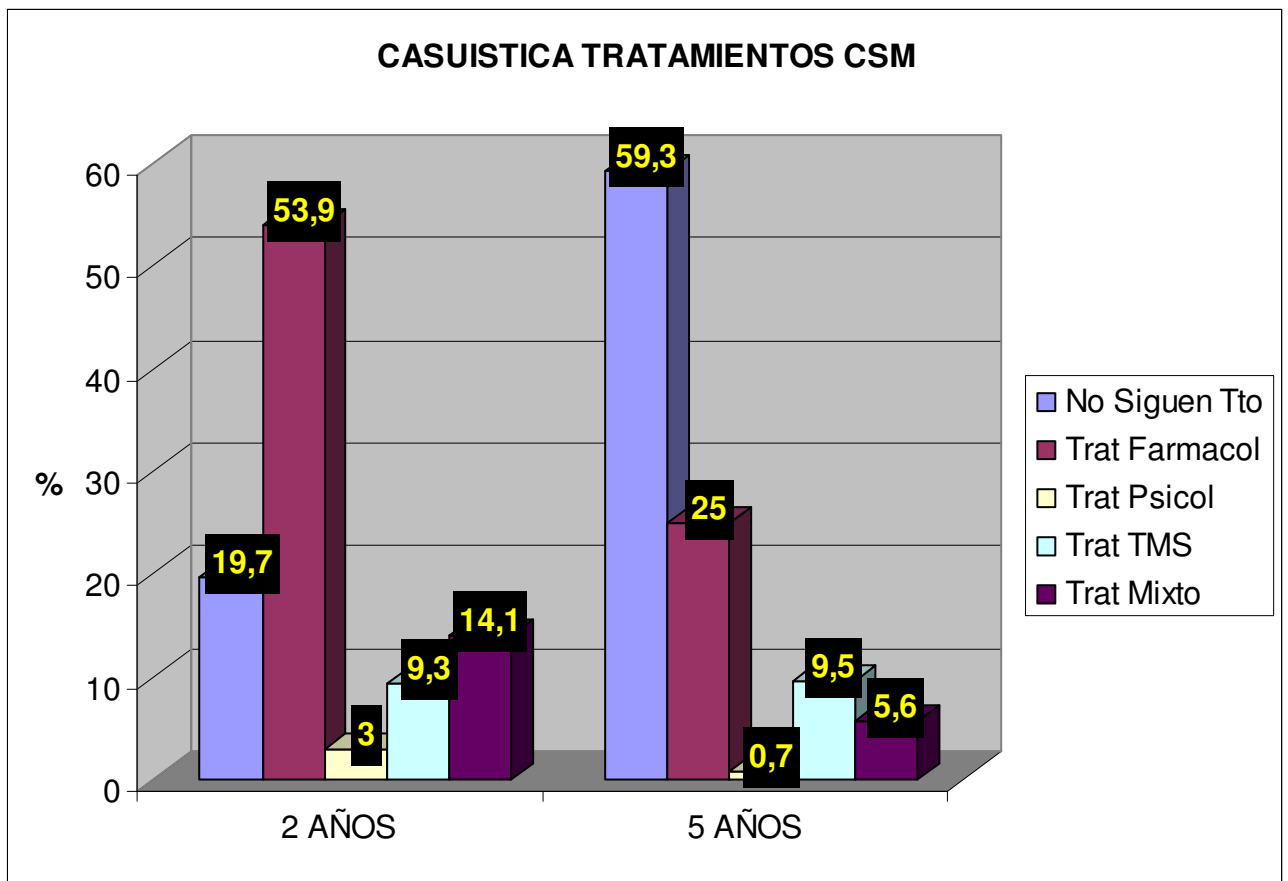
	Grupo 1 (n = 155) M (DT)	Grupo 2 (n = 54) M (DT)	Grupo 3 (n = 90) M (DT)	Grupo 4 (n = 40) M (DT)	Grupo 5 (n = 93) M (DT)	F	DUNCAN
AUTOCAUIDADO	39,15 (1,78)	33,72 (5,13)	38,87(1,97)	34,38 (5,96)	39,10 (1,71)	52,05***	2,4 < 3,5,1
COMP SOC INT	37,66 (2,64)	34,61 (4,51)	37,29 (2,85)	32,98 (4,86)	37,56 (2,62)	24,81***	4 < 2 < 3,5,1
COM CONT SOC	21,97 (2,22)	16,98 (4,13)	21,09 (2,66)	19,25 (3,69)	22,37 (1,81)	44,85***	2 < 4 < 3,1 < < 5
COMP SOC NO PERS	23,19 (1,33)	21,19 (2,39)	22,89 (1,58)	20,02 (4,08)	23,26 (1,68)	26,17***	4 < 2 < 3,1,5
VIDA AUTÓNOMA	23,81 (3,31)	16,59 (5,58)	22,37 (3,96)	19,68 (4,76)	24,48 (3,05)	46,48***	2 < 4 < 3 < 1,5

*** $P < 0,001$

6.- TRATAMIENTOS

Por ultimo hemos analizado la distribución de los tratamientos que han seguido los pacientes de la muestra a los 2 y a los 5 años, tanto de tipo farmacológico, como de tipo psicológico o mixto o bien en el programa de trastornos mentales graves (TMG) y hemos verificado las diferencias por sexo y edad. (ver gráfico VII -1, y tablas VII-1 y VII-2)

Gráfico VI-1. Casuistica de Tratamientos CSM Nou Barris. (N = 432)



Hay mas hombres de los esperados en el grupo de tratamiento TMG a los 2 y a los 5 años. Hay mas mujeres que hombres en el grupo de tratamiento combinado, psiquiatrico mas psicológico, tanto a los 2 como a los 5 años. Los pacientes que siguen tratamiento farmacológico son más mayores que los siguen tratamiento psicológico.

Tabla VI-1. Diferencias en cuanto a genero en tipos de tratamiento.

TIPOS DE TRATAMIENTO CSM Y GENERO (N=432) A LOS DOS AÑOS	Hombres n = 142 % horizontales	Mujeres n = 290 % horizontales	χ^2 (gl)
1.- No Siguen tratamiento alguno	30,6	69,4	
2.- Siguen tratamiento farmacológico	33,0	67,0	
3.- Siguen tratamiento psicológico	30,8	69,2	16,04** (4)
4.- Siguen tratamiento programa TMG	57,5	42,5	
5.- Siguen tratamiento combinado (2 mas tres)	19,7	80,3	
TIPOS DE TRATAMIENTO CSM Y GENERO (N=432) A LOS CINCO AÑOS	Hombres n = 142 %	Mujeres n = 290 %	χ^2 (gl)
1.- No Siguen tratamiento alguno	30,1	69,9	
2.- Siguen tratamiento farmacológico	35,2	64,8	
3.- Siguen tratamiento psicológico	00,0	00,0	12,05** (3)
4.- Siguen tratamiento programa TMG	53,7	46,3	
5.- Siguen tratamiento combinado (2 mas tres)	16,7	83,3	

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Tabla VI-2. Diferencias en cuanto a edad en tipos de tratamiento.

TIPOS DE TRATAMIENTO Y EDAD	n	2 AÑOS M(DT)	n	5 AÑOS M(DT)
1.- No Siguen tratamiento alguno	85	57,18(17,00)	256	56,75(16,68)
2.- Siguen tratamiento farmacológico	233	61,72(14,62)	108	63,70(13,06)
3.- Siguen tratamiento psicológico	13	42,85(13,75)	0	00,00
4.- Siguen tratamiento programa TMG	40	47,60(12,80)	41	48,59(13,47)
5.- Siguen tratamiento combinado (2 mas tres)	61	50,56(15,58)	24	51,54(14,91)
		F = 15,16*** 3<4,5<1<2		F = 11,71*** 4<5,1<2 (Duncan)

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

V. DISCUSION

1. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

En el Sector Psiquiatrico estudiado, estan atendidas por distintos proveedores las dos redes asistenciales de alcohol-drogas, y psiquiatrica. Esto ha producido un importante sesgo en la muestra seleccionada (solo 6 casos con diagnóstico principal de abuso de drogas) y ha impedido evaluar la gravedad y la comorbilidad en este importante sector de la asistencia psiquiátrica.

Hemos estudiado solamente la utilización de servicios de la red psiquiátrica soslayando la red socio-sanitaria. Los pacientes psiquiátricos graves o con patologías comórbidas de tipo cognoscitivo, acaban utilizando servicios de dicha red gestionada por distintos proveedores.

No hemos estudiado la utilización de servicios de atención primaria de salud, servida por otro proveedor. Muchos pacientes de la muestra han seguido tratamientos y visitas con los medicos generalistas, si bien en casi 1/3 de la muestra hemos podido obtener información mediante entrevista telefónica a fin de evaluar la 2ª pasación de la escala GEP-P, pero no la carga asistencial en medicina primaria.

No hemos obtenido una valoración de resultados (outcomes) hecha por los propios usuarios (BASIS-32), aunque tampoco nos propusimos como objetivo inicial evaluar los resultados del proceso asistencial.

No hemos podido obtener la información suficiente para puntuar la escala GEP-P a los 5 años de la primera observación y nos hemos limitado a un seguimiento de "contactos" asistenciales.

2. DISCUSION Y RESULTADOS DEL ESTUDIO.

No hemos encontrado en la literatura psiquiátrica examinada, estudios de casuística psiquiátrica ambulatoria en los que se haya evaluado la complejidad y gravedad de la misma con índices de carga asistencial.

Tampoco hemos encontrado estudios de clasificación de dicha casuística ambulatoria en base a variables predictoras de utilización de servicios. La mayor parte de la literatura examinada esta referida a estudios de altas hospitalarias, aplicando las clasificaciones basadas en los GRDs (Horn S, 1989, Sloan KL, 2006, Seva-Diaz A, 2003, Boot B, 1997). Algunos tras examinar la poca capacidad predictiva de los GRDs psiquiátricos, proponen introducir índices de gravedad (PSI de Horn S, 1989) o escalas de discapacidad (Boot B, 1997). Otros autores (Sloan KL, 2006) proponen que debe establecerse un nº manejable de categorías reduciéndolas considerablemente.

Hemos distribuido la muestra en 8 grupos DSM (ver tabla IV – 1.2, pag 109), reuniendo en el grupo nº 2 (Tr Psicóticos) todos los trastornos psicóticos incluidas las psicosis afectivas y los trastornos depresivos mayores con síntomas psicóticos, partiendo de numerosos estudios previos (Fetter y cols) del grupo de Yale creadores de los GRDs, y de la numerosa literatura psiquiátrica (Mezzich JE, 1984; Hanson GD, 1974; Tischler GL, 1966; Baxter S, 1968; Feigelson EB, 1978; Goodman JT, 1974; Johnson JH, 1979; Rose SO, 1977; Meyerson AT, 1979) que avala como grupo prioritario de ingresos y reingresos a los trastornos psicóticos en sus diversas formas clínicas.

Los estudios de psiquiatría comunitaria en nuestro país (Vazquez-Barquero, 1991, De las Cuevas Castresana, 1991, Palao, 1996, Artaso Irigoyen, 2004), tienen otros objetivos como determinar el riesgo de padecer trastorno mental, perfiles

sintomáticos o descripciones simples de casuística sin contemplar la utilización de servicios en el tiempo, ni la utilización de instrumentos específicos de evaluación de la gravedad.

El presente trabajo no ha pretendido aplicar estrictamente los GRDs psiquiátricos ni ser un estudio de case-mix ya que consideramos que ello exigiría una infraestructura logística y de medios materiales y humanos muy considerable, con unas N muy superiores. Creemos sin embargo, que hemos aportado al conocimiento en esta materia información relevante para ulteriores desarrollos.

Proponemos una gradación de la patología atendida en un CSM comunitario en función de la necesidad de servicios (visitas e ingresos) que marcaría un abanico entre, los trastornos psicóticos en el nivel de requerimiento asistencial más alto, los trastornos de personalidad, el TDM, las Distimias, los Tr de Ansiedad, los Tr Adaptativos y Códigos V en el nivel más bajo de requerimiento asistencial (ver tabla IV – 3.1.1.1, página 122), y también una clasificación de los pacientes psiquiátricos ambulatorios que predice adecuadamente el uso de servicios en 5 grupos (ver conclusiones).

La escala de gravedad para pacientes psiquiátricos ambulatorios (GEP-P) adaptada de la original de J. Lyons, ha mostrado buenas propiedades psicométricas y su uso puede ser útil como índice de gravedad y de elevada carga asistencial tanto en visitas como en ingresos, y no hemos encontrado en la literatura indicios de su aplicación en muestras comunitarias.

3. CONSIDERACIONES SOBRE EL LLAMADO CASE – MIX (PERFIL DE CASOS) PSIQUIATRICO VERSUS GRAVEDAD CLINICA.

Algunas mediciones de case-mix estan muy centradas en los costes directos de la actividad asistencial, pero no tienen en cuenta la gravedad en patologías como por ej. el retraso mental u otras patologías deficitarias, que por no provocar trastornos conductuales o “malestar” en los familiares, no llegan a los servicios de ingreso (coincidiendo con el trabajo de Sullivan G y cols 1997), disminuyendo considerablemente en estos casos el case-mix. Son pacientes “no graves económicamente” pero con una gran carga para sus cuidadores. Deberían evaluarse dichos costes indirectos, si bien dicha evaluación es compleja.

Todavía estamos lejos de evaluar adecuadamente el constructo “gravedad”. Un serio problema lo constituye el hecho de la variabilidad temporal, lo que resta capacidad predictiva a la escala. Si un paciente es evaluado tras una estancia hospitalaria reciente, la escala proporcionará valores bajos. Es preciso definir mas precisamente items que sean más predictivos longitudinalmente lo que requerirá mas investigación.

VI. CONCLUSIONES DEL PRESENTE TRABAJO.

1) La escala de gravedad de enfermedad psiquiátrica para pacientes ambulatorios GEP-P, ha mostrado fiabilidad, validez y consistencia interna adecuadas. Dicha escala predice adecuadamente la utilización de servicios de la red asistencial psiquiátrica, tanto en número de visitas ($p < 0,001$) como en días de ingreso ($p < 0,001$).

2) En la descripción de la casuística encontramos, un predominio de edades entre los 45 y los 75 años, un 33 % de varones y un 67 % de mujeres. Desde el punto de vista de la descripción diagnóstica, casi un tercio de la muestra estudiada presentan trastornos de ansiedad, algo más de $\frac{1}{4}$ trastornos afectivos (depresión mayor y distimia), algo menos de $\frac{1}{4}$ trastornos de adaptación y solamente $\frac{1}{8}$ son trastornos psicóticos. En cuanto a la utilización de servicios, 270 pacientes (62 %) solo efectuaron entre 1-5 visitas/ año. El 90 % de la muestra no tuvo ningún ingreso.

3) Los pacientes más jóvenes presentan más sintomatología ($p < 0,01$), mayor gravedad ($p < 0,01$) y peor perfil de habilidades sociales ($p < 0,01$), contrariamente a lo esperado. Las mujeres tienen mejor funcionamiento social y laboral que los hombres ($p < 0,01$), son algo más ansioso-depresivas y presentan menor gravedad ($p < 0,05$). Los hombres mayor sintomatología psicótica y gravedad ($p < 0,05$), con más trastornos psicóticos y de personalidad ($p < 0,001$). Las mujeres más trastornos afectivos y muchas más distimias. No hay diferencias en cuanto a género en la utilización de servicios y los pacientes más jóvenes tienen mayor carga asistencial ($p < 0,001$), contrariamente a lo esperado.

4) A los dos años siguen en contacto con servicios 290 pacientes (67 %), mientras que 112 (26 %) se entrevistaron telefónicamente. El perfil de los primeros fué el siguiente respecto a la evaluación en la visita basal : a) no se encontraron diferencias en cuanto a edad y género; b) presentaron más diagnósticos de trastornos afectivos (TDM y Distimia) y más trastornos de personalidad ($p < 0,001$); c) más sintomatología depresiva ($p < 0,001$); d) peor capacidad de relación, vínculo social y autonomía ($p < 0,01$); e) mayor gravedad ($p < 0,01$); f) en este grupo hay mas mujeres en el grupo de tratamiento psicológico y mas hombres en el grupo de trastornos mentales graves ($p < 0,01$); g) los pacientes con mayor psicopatología, gravedad y disfunción social y laboral, tuvieron mayor carga asistencial ($p < 0,001$).

5) A los cinco años siguen en contacto con servicios 139 pacientes (32 %). El perfil de los mismos fué el siguiente respecto a la evaluación en la visita basal: a) no se encontraron diferencias en cuanto a edad y género; b) presentaron más trastornos psicóticos y afectivos ($p < 0,001$); c) más sintomatología psicótica, de tipo negativo y depresiva ($p < 0,001$); d) peor capacidad de relación, vínculo social y autonomía ($p < 0,001$); e) mayor gravedad ($p < 0,001$); f) hay mas hombres en el grupo de tratamiento de trastornos mentales graves y más mujeres en el grupo de tratamiento combinado ($p < 0,01$) (psicológico mas farmacológico).

6) Hay significativamente un mayor uso de la red asistencial en menores de 65 años que a su vez tienen mayor psicopatología, gravedad y peores habilidades de la vida cotidiana. Los menores de 65 años tienen mas diagnósticos de trastornos psicóticos, trastornos de la personalidad y trastornos de ansiedad, contrariamente a lo supuesto inicialmente. En el grupo de mayores de 65 años, en el que predominan

significativamente las mujeres, se diagnostican mas trastornos afectivos, trastornos orgánicos y adaptativos.

7) Podemos clasificar los pacientes psiquiátricos ambulatorios en cinco grupos:

Grupo 1: grupo “Ansioso-Depresivo” en el que destaca la presencia de sintomatología ansiosa-depresiva moderada, escasa disfunción psicosocial, leves problemas laborales, sin conductas de riesgo ni problemas de tipo médico. Escasas complicaciones en su tratamiento. Gravedad moderada-baja y carga asistencial media-baja sin ingresos.

Grupo 2: grupo en el que destaca la “Discapacidad” tanto laboral como socialmente, con serios problemas de autocuidado, desempleo crónico, síntomas positivos graves y presencia de síntomas negativos. Conductas de riesgo y complicaciones serias en su tratamiento, oposición al mismo y difícil vínculo con el profesional, gravedad alta y carga asistencial muy alta.

Grupo 3: “Depresivo-Psicótico”, caracterizado por sintomatología moderada y riesgo suicida, leves problemas laborales y familiares, patologías médicas, escasas complicaciones en su tratamiento, gravedad moderada y carga asistencial media.

Grupo 4: “Inestable-Conflictivo” con síntomas graves, problemas de autocuidado importantes, desempleo temporal, conflictos familiares, conductas de riesgo y complicaciones serias en su tratamiento como oposición al tratamiento y mal vínculo con el profesional, gravedad alta y carga asistencial alta.

Grupo 5: “Adaptativo” con síntomas leves, sin disfunción psicosocial ni conductas de riesgo, problemas médicos, escasas complicaciones en su tratamiento, gravedad baja y carga asistencial baja.

ANEXOS

VIII. ANEXOS 1.-

GRAFICOS.-

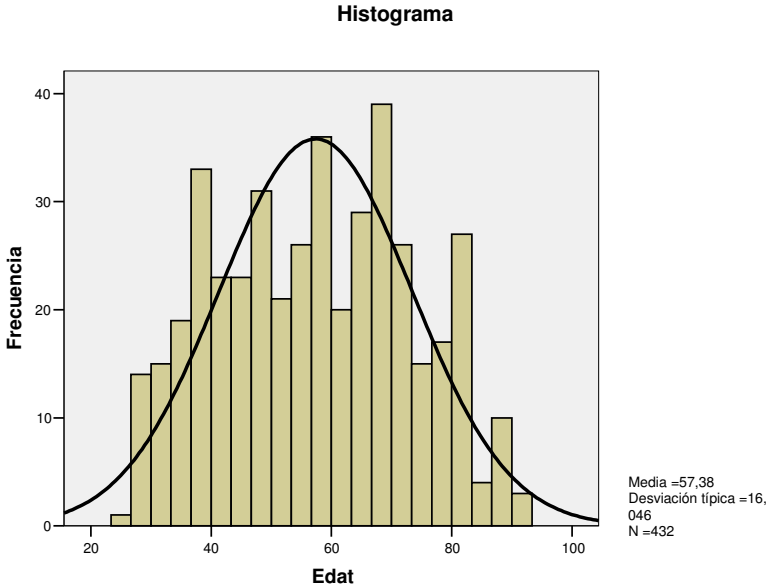


Gráfico IV – 1.2.1 Histograma Edad

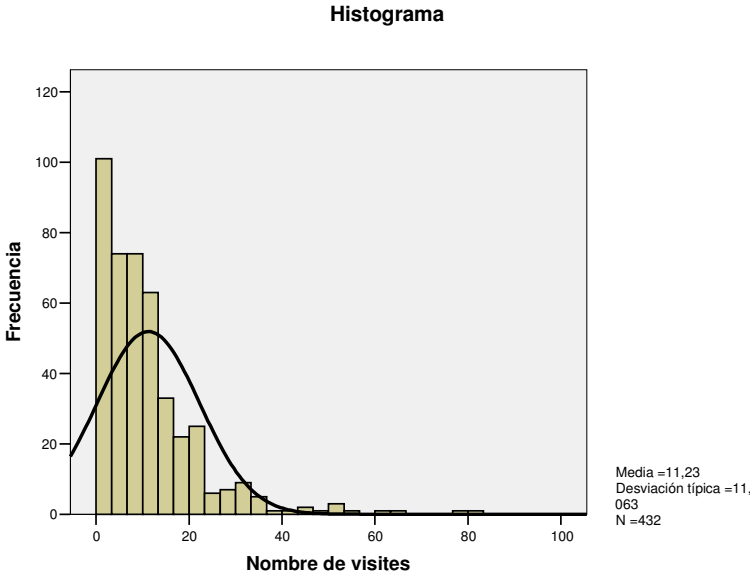


Gráfico IV – 1.3.1 Histograma Nº de Visitas

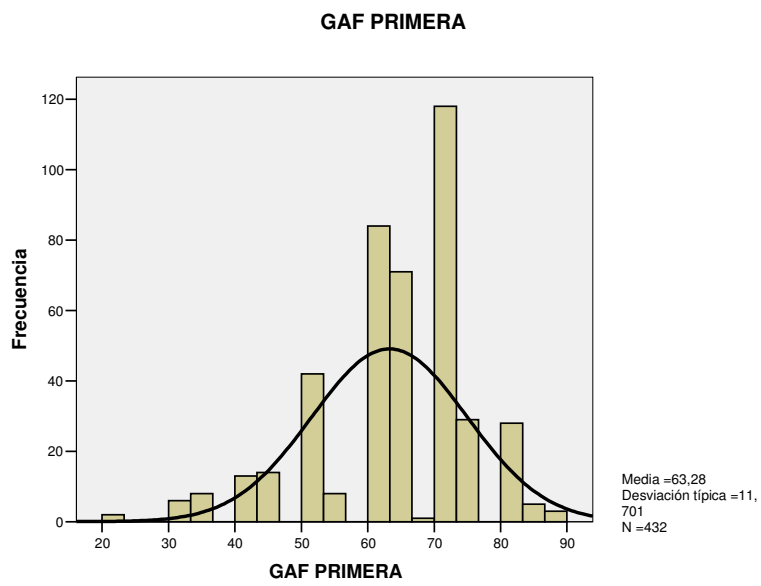


Gráfico IV – 1.4.1 Histograma GAF 1ª pasación

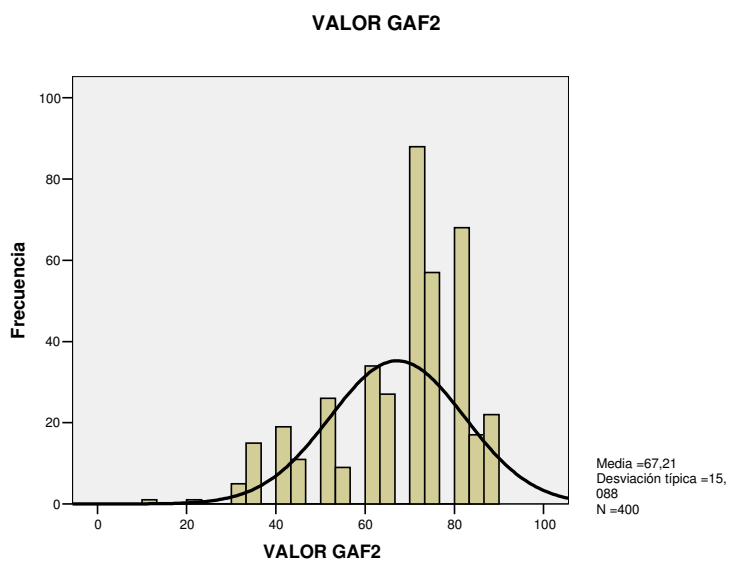


Gráfico IV – 1.4.2 Histograma GAF -2ª pasación

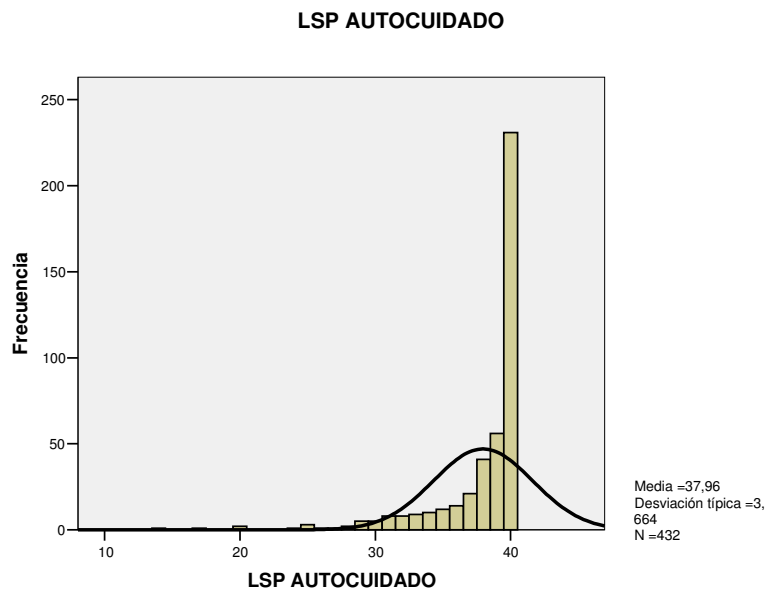


Gráfico IV - 1.4.3 Histograma Subescala Autocuidado

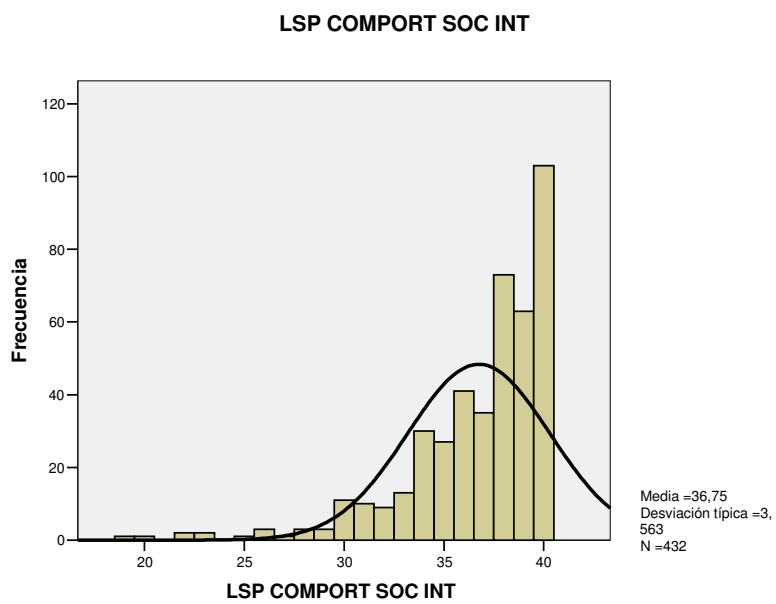


Gráfico IV -1.4.4 Histograma Subescala Comportamiento Social Interpersonal

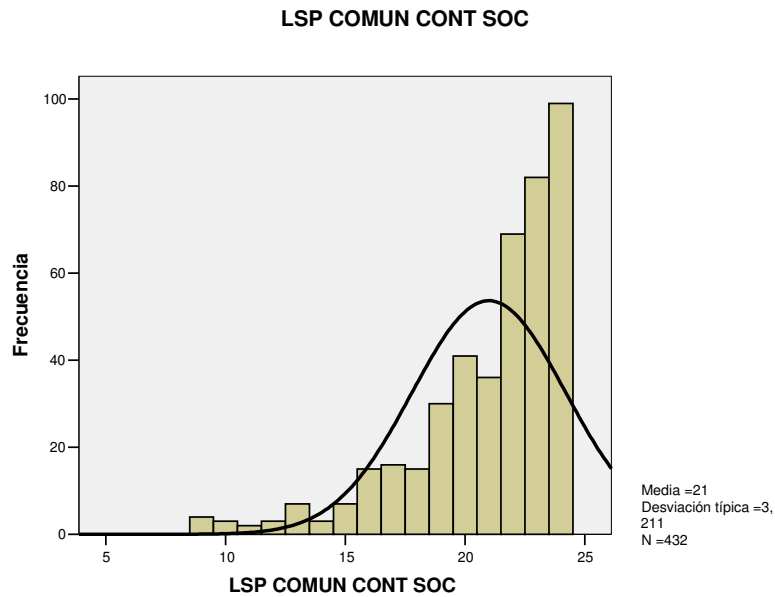


Gráfico IV - 1.4.5 Histograma Subescala Comunicación y Contacto Social

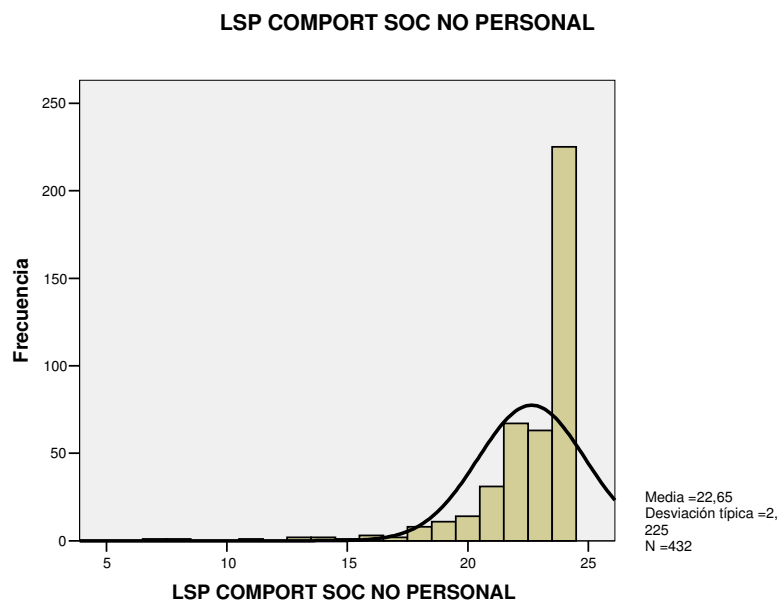


Gráfico IV-1.4.6 Histograma Subescala Comportamiento Social No Personal

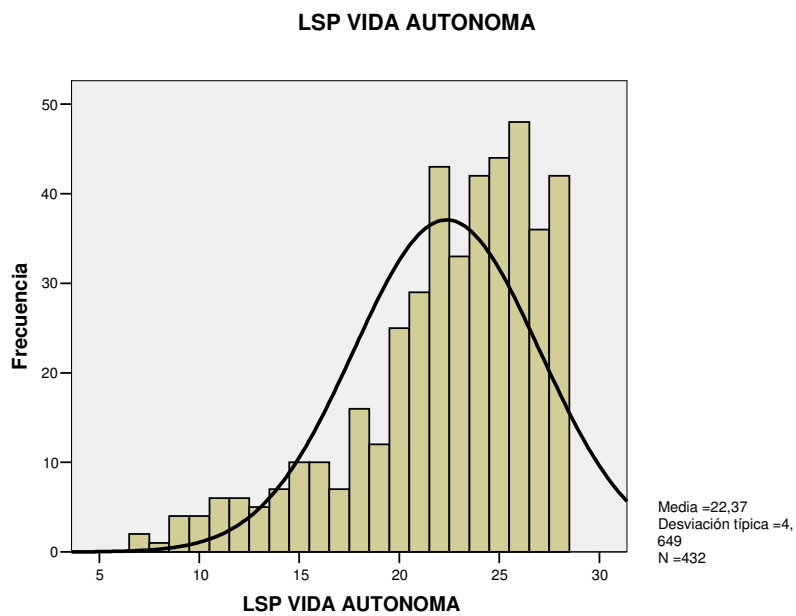


Gráfico IV – 1.4.7 Histograma Subescala Vida Autònoma

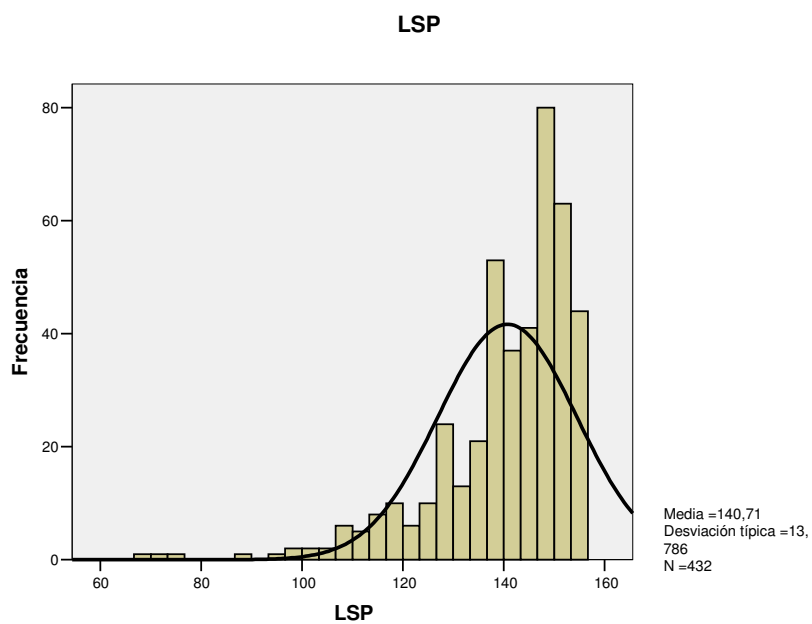


Gráfico IV – 1.4.8 Histograma Total LSP

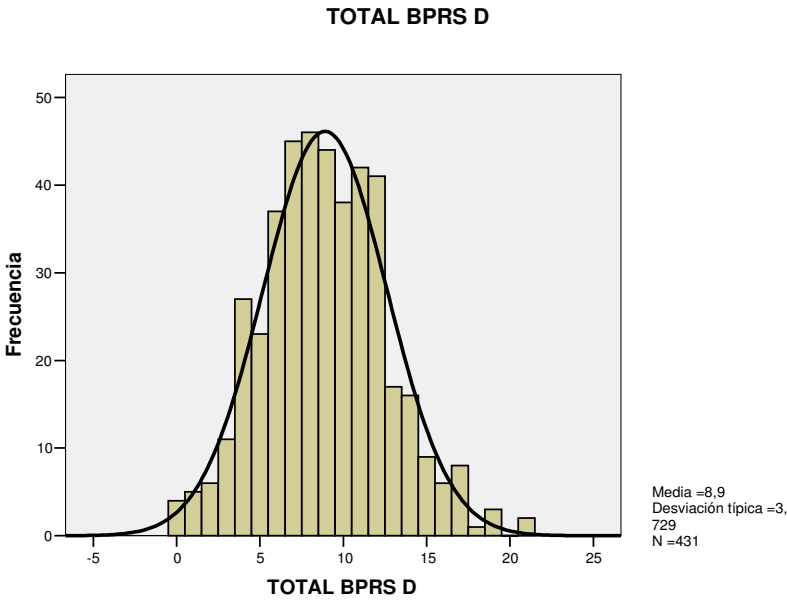


Gráfico IV – 1.4.9 Histograma Subescala BPRS-D

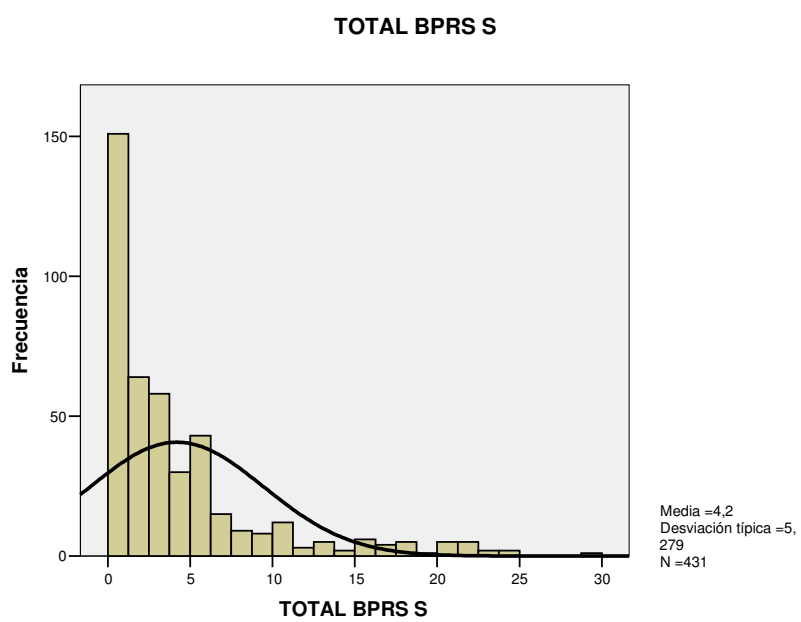


Gráfico IV – 1.4.10 Histograma Subescala BPRS-S

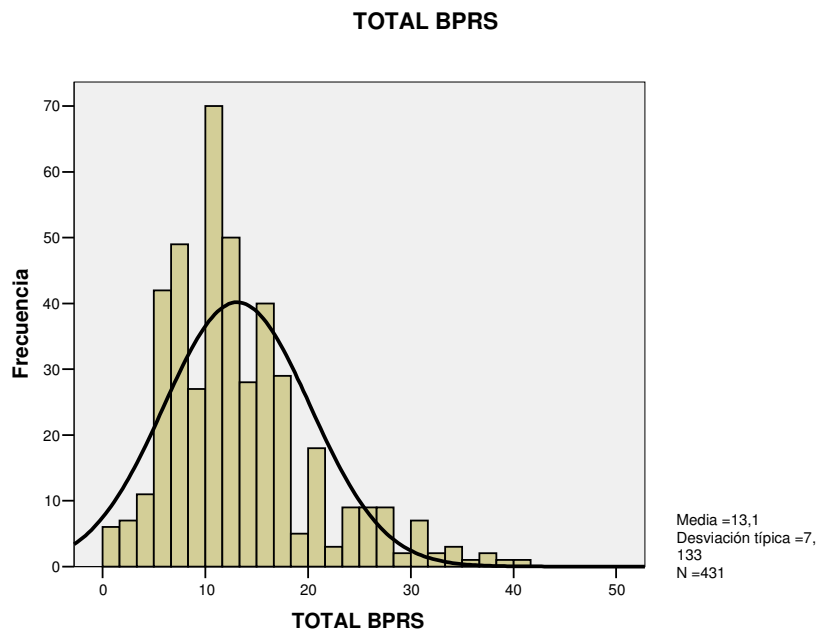


Gráfico IV – 1.4.11 Histograma Escala BPRS (Total)

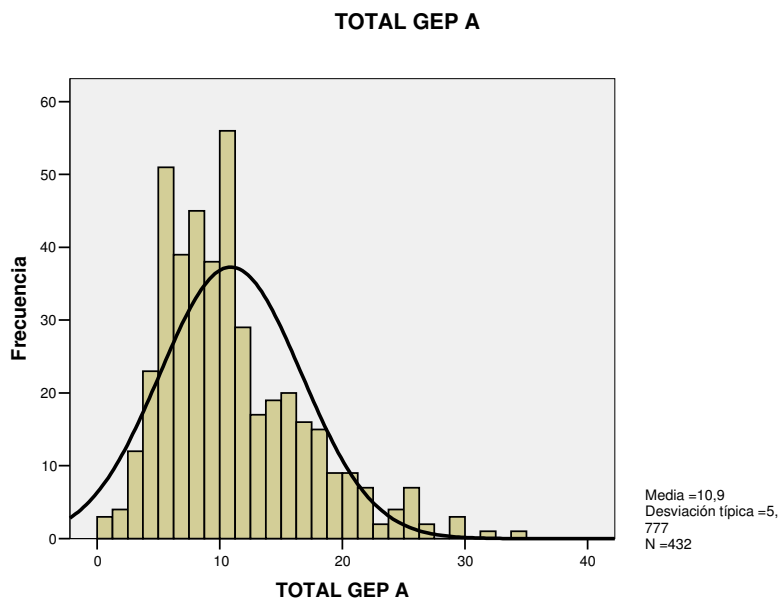


Gráfico IV – 1.4.12 Histograma Escala GEP-P Primera Pasación

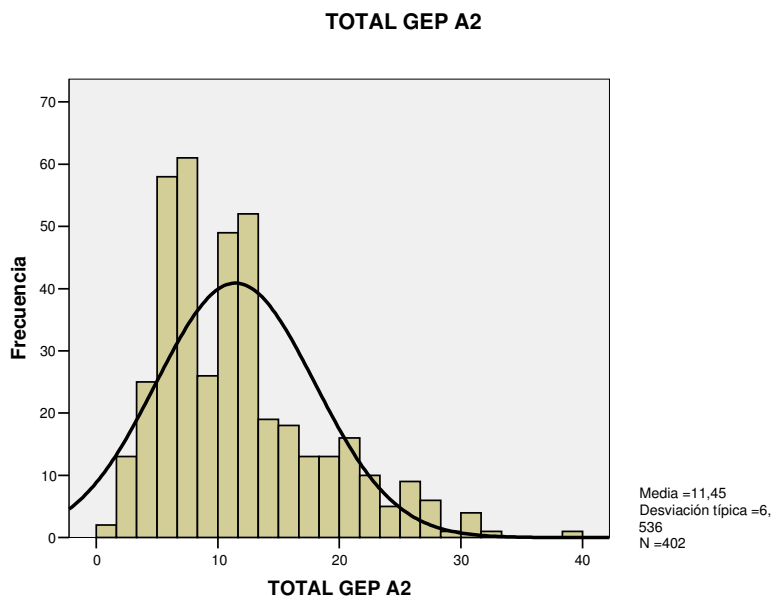


Gráfico IV – 1.4.13 Histograma Escala GEP-P Segunda Pasación

Grafico IV – 1.3.2 Grupos Requerimiento Asistencial. CSM Nou Barris. N= 432

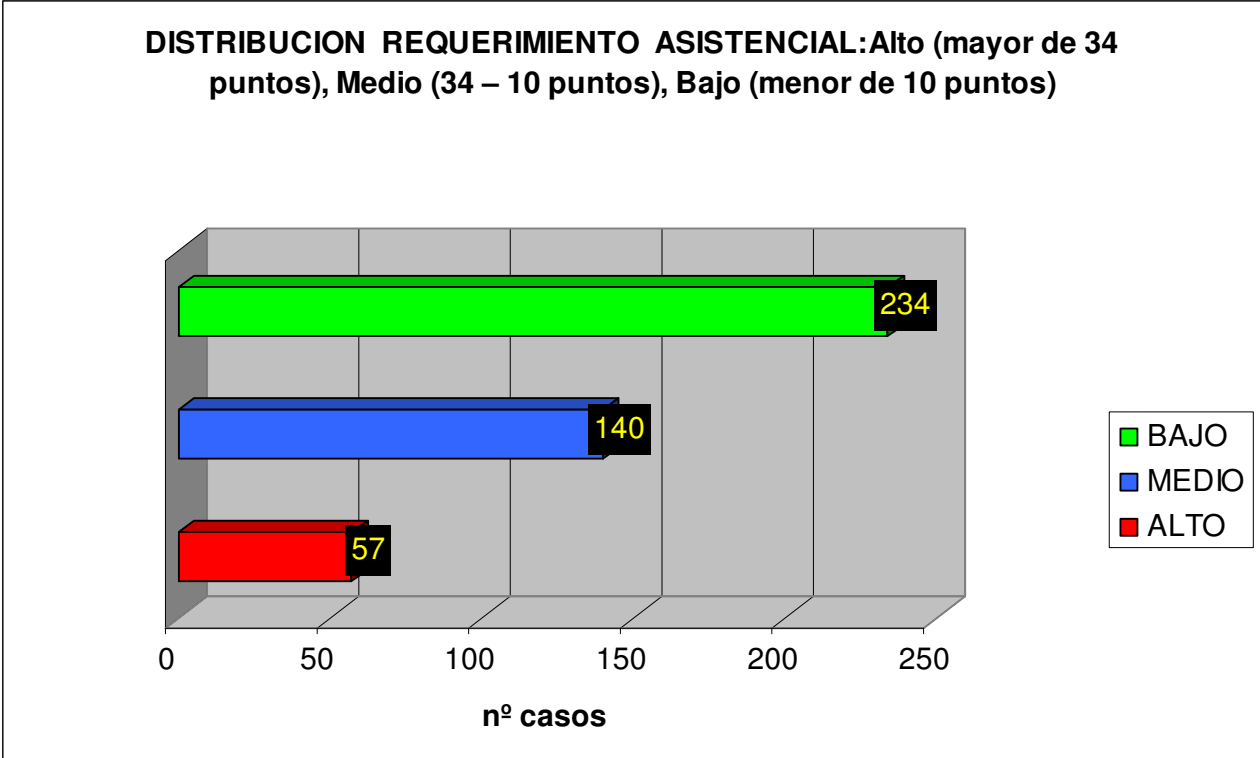


Grafico IV – 1.3.7. Requerimiento Asistencial Alto : mayor de 34 puntos (34 visitas/año o 10 días de ingreso).

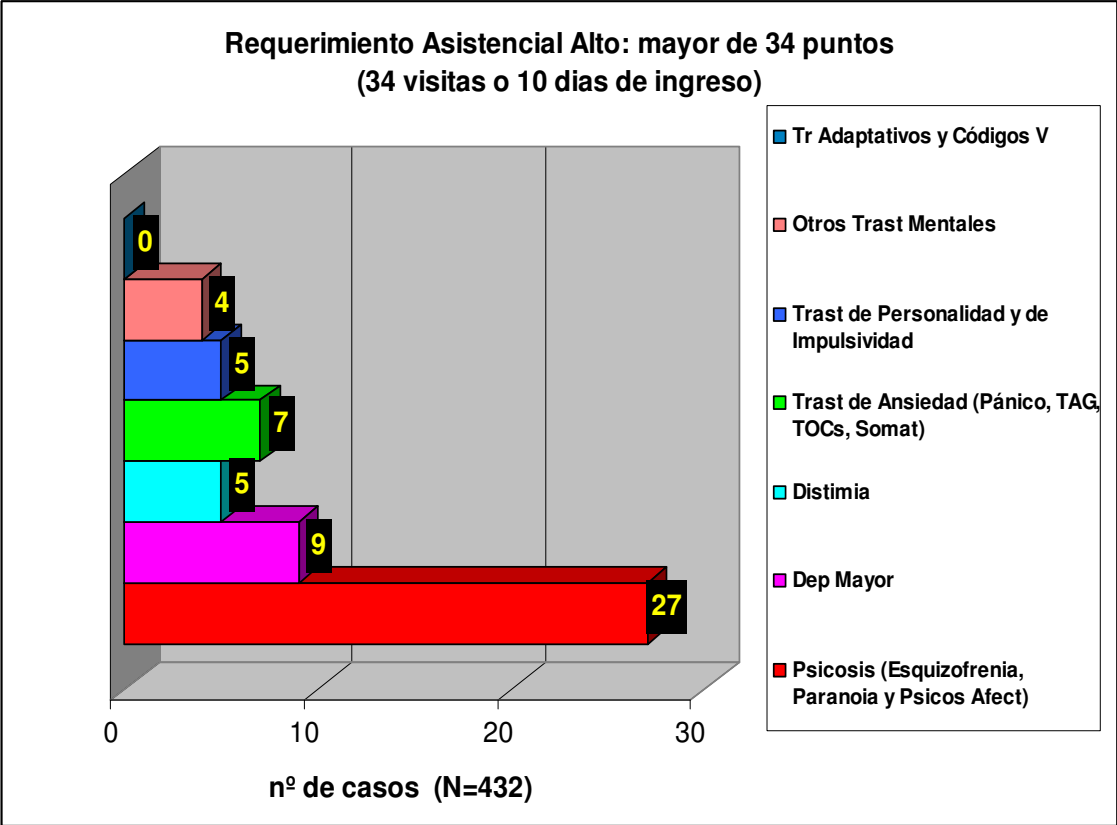


Grafico IV – 1.3.7. Requerimiento Asistencial Medio : 34 – 10 puntos (17 a 5 visitas/año).

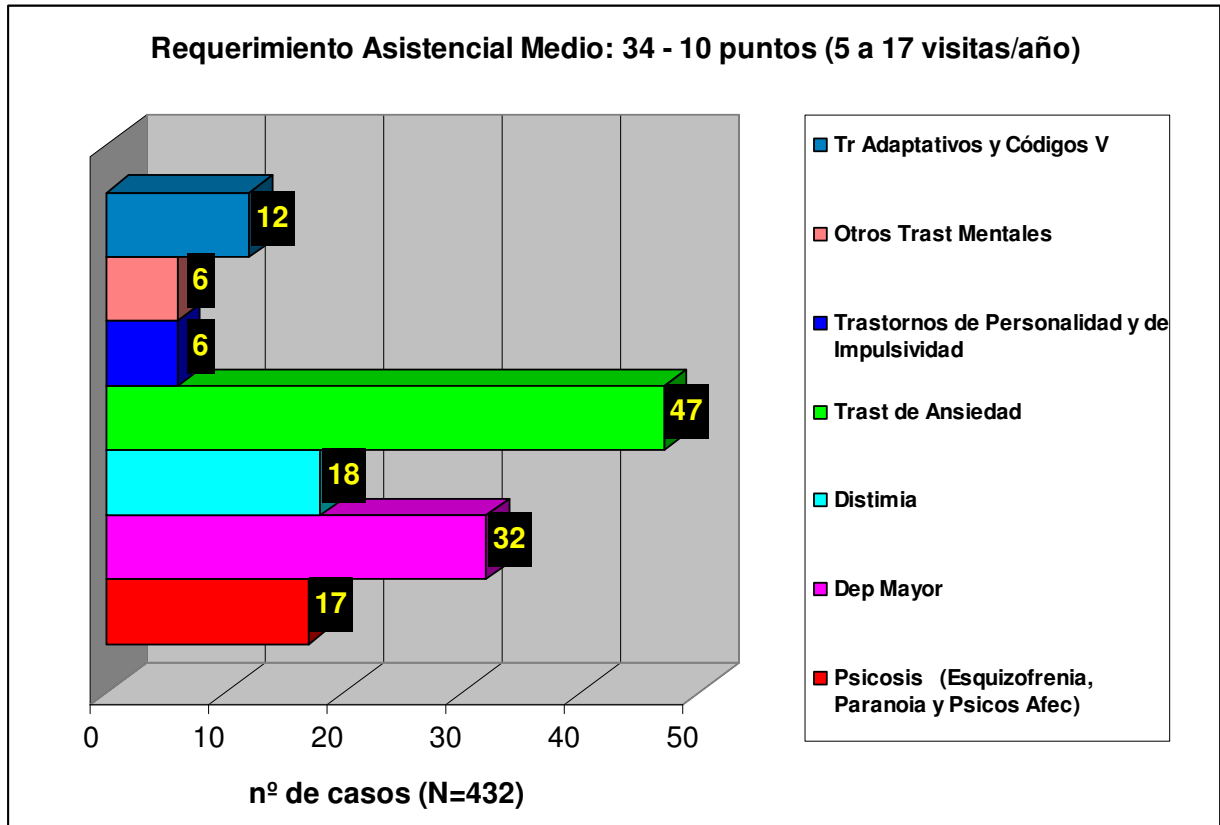


Gráfico IV – 1.3.8 Requerimiento Asistencial Bajo: menor de 10 puntos (5 visitas/año).

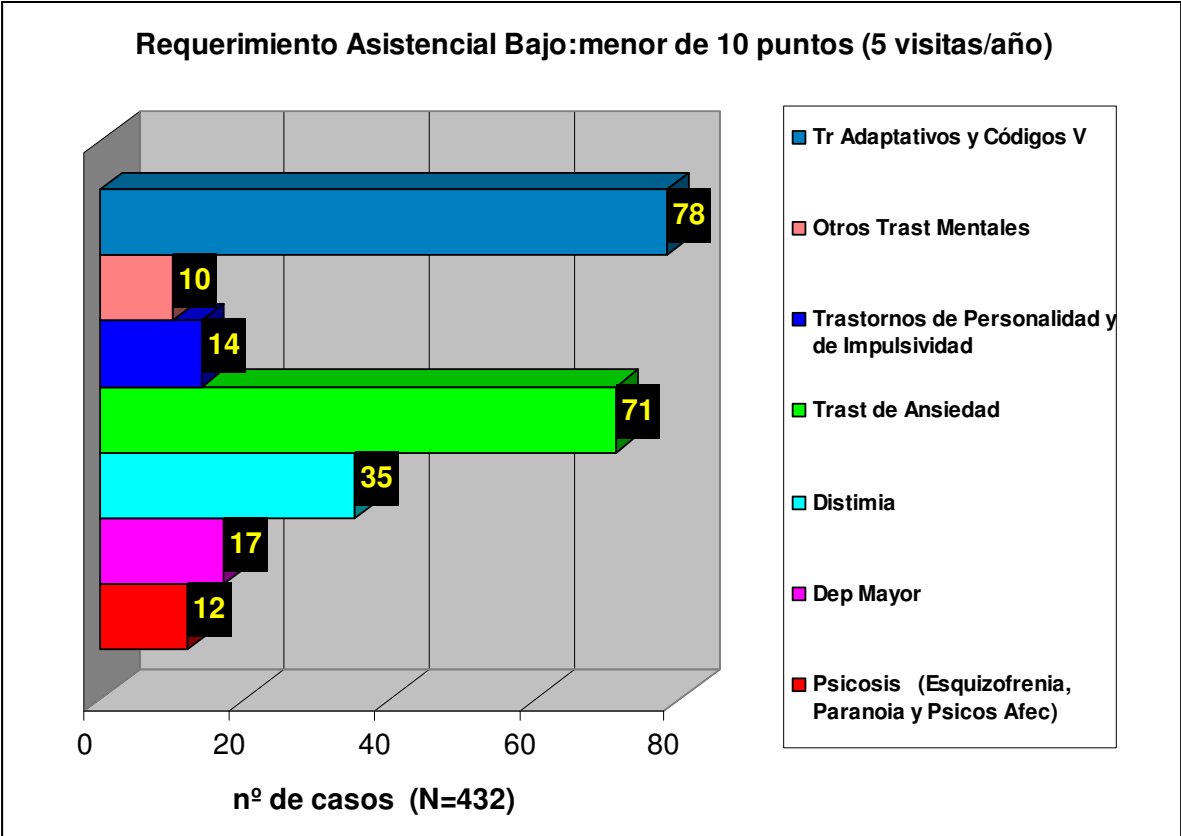


Gráfico IV – 1.2.2 Variables Sociodemográficas: Estado Civil. CSM Nou Barris.

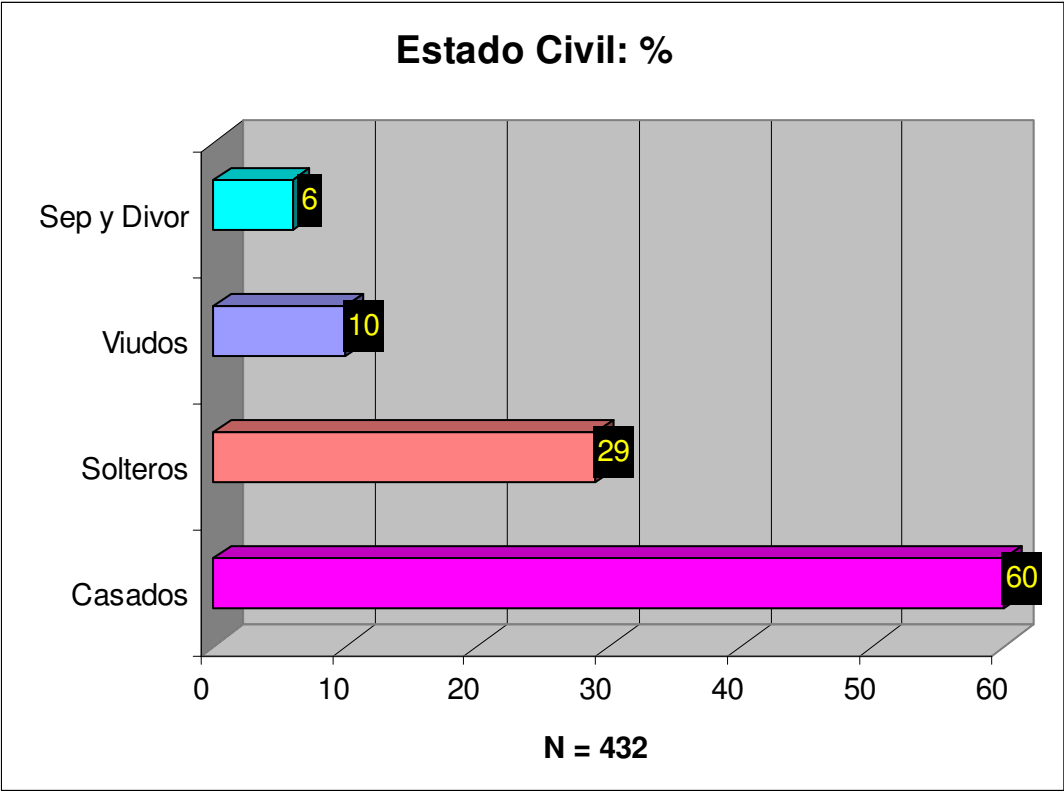


Gráfico IV – 1.2.3 Variables Sociodemográficas : Ocupación. CSM Nou Barris.

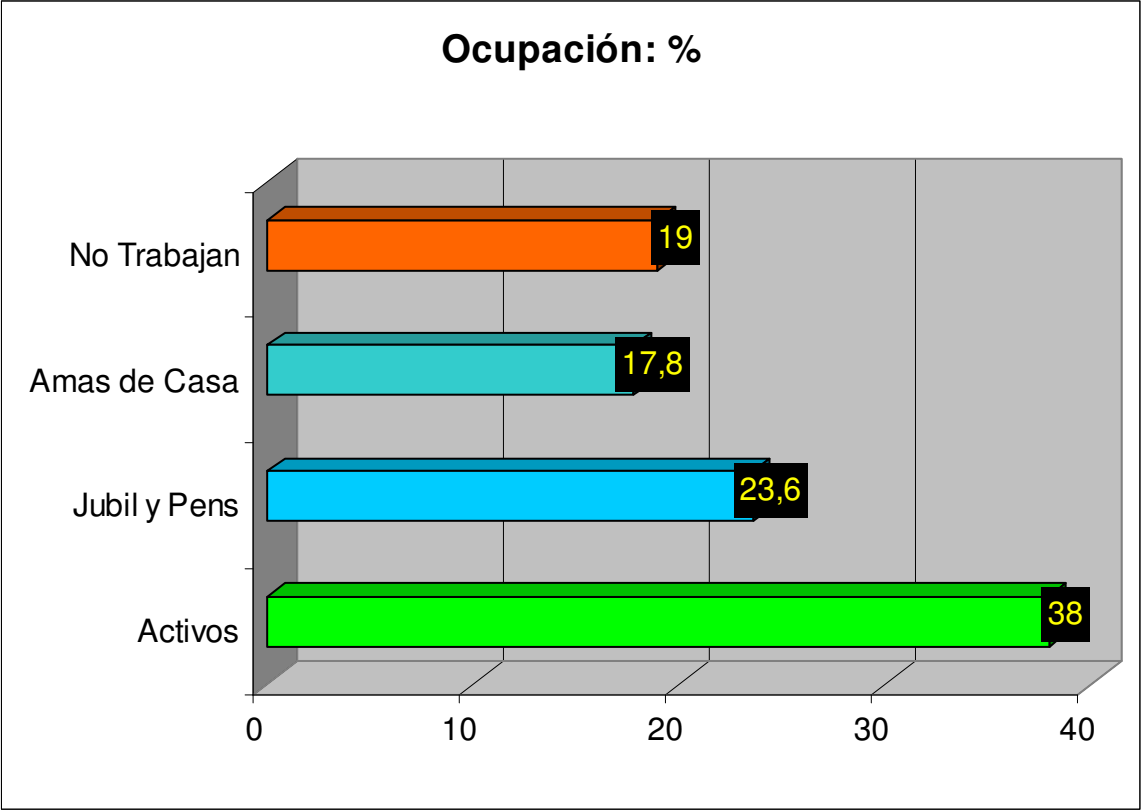


Gráfico IV – 1.3.9 Variables de Utilización de Servicios: Distribución por días de ingresos.CSM Nou Barris.

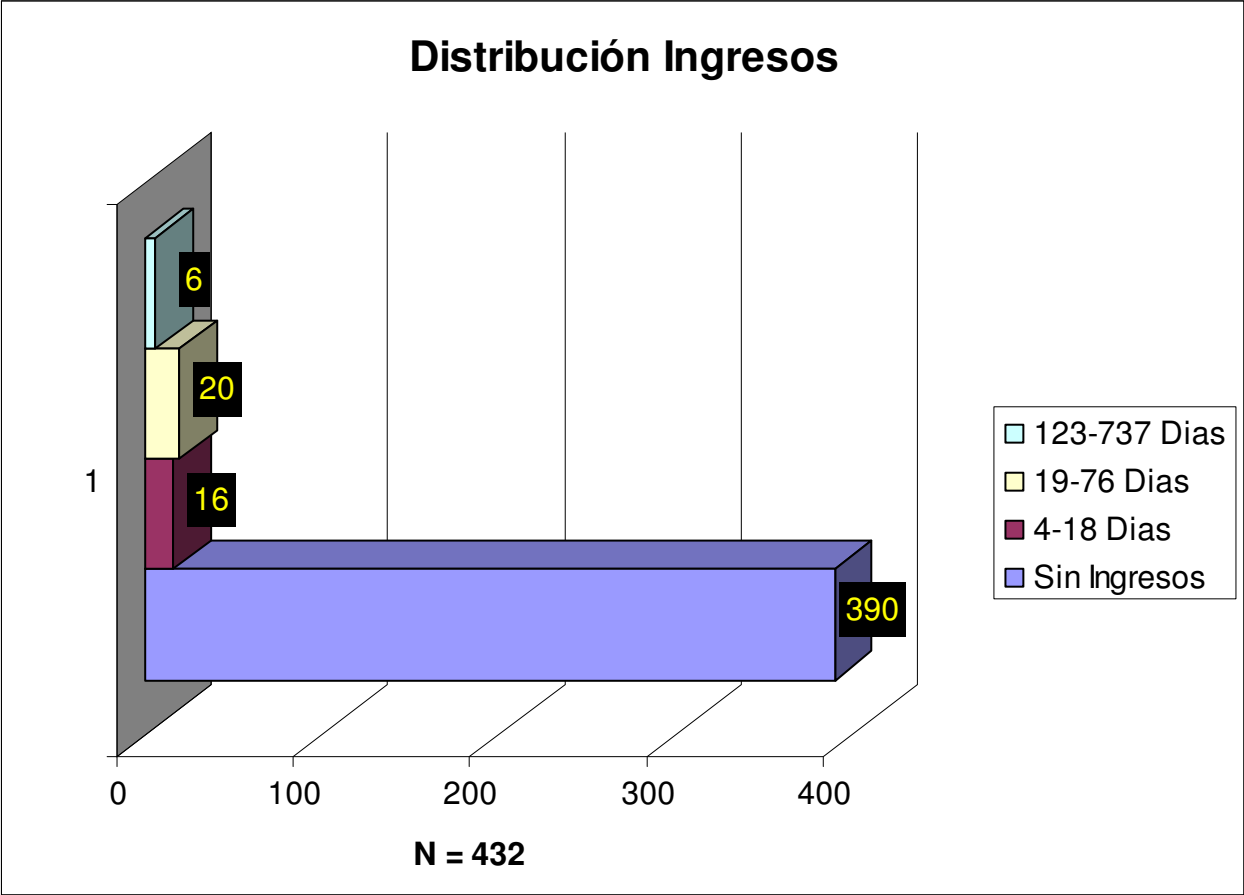


Gráfico IV – 1.4.14 Escala GAFS-M : distribución de casos según puntos de corte.
CSM Nou Barris.

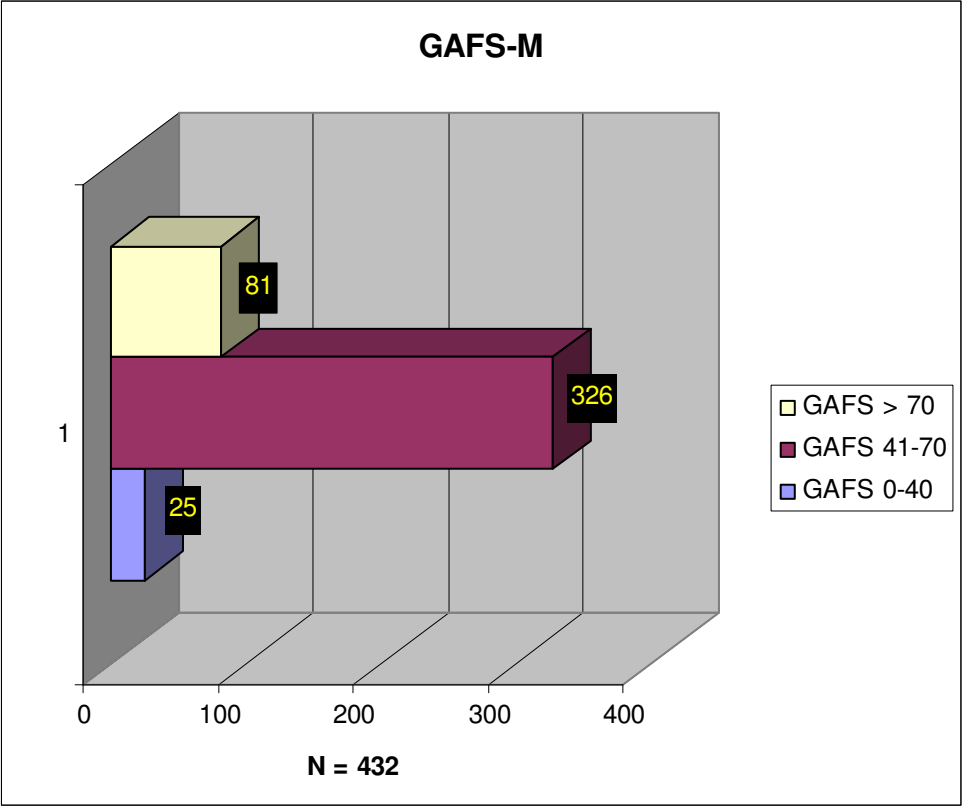


Gráfico IV – 1.4.15 Escala BPRS: distribución de casos según puntos de corte.CSM
Nou Barris.

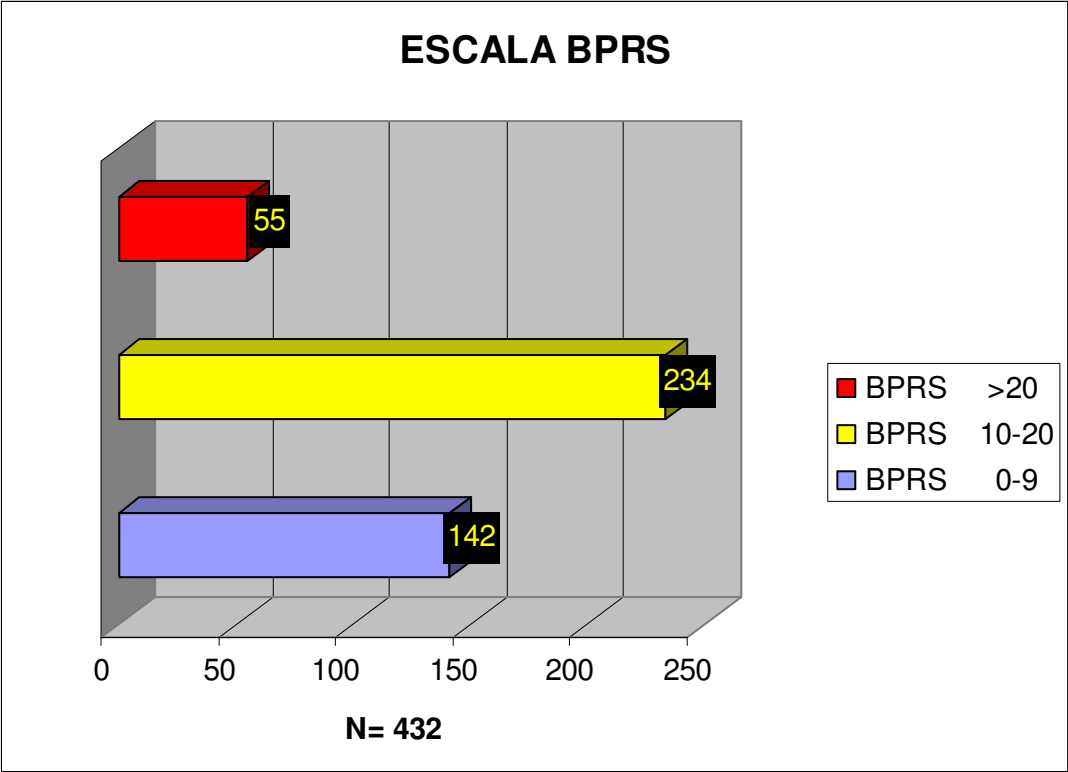
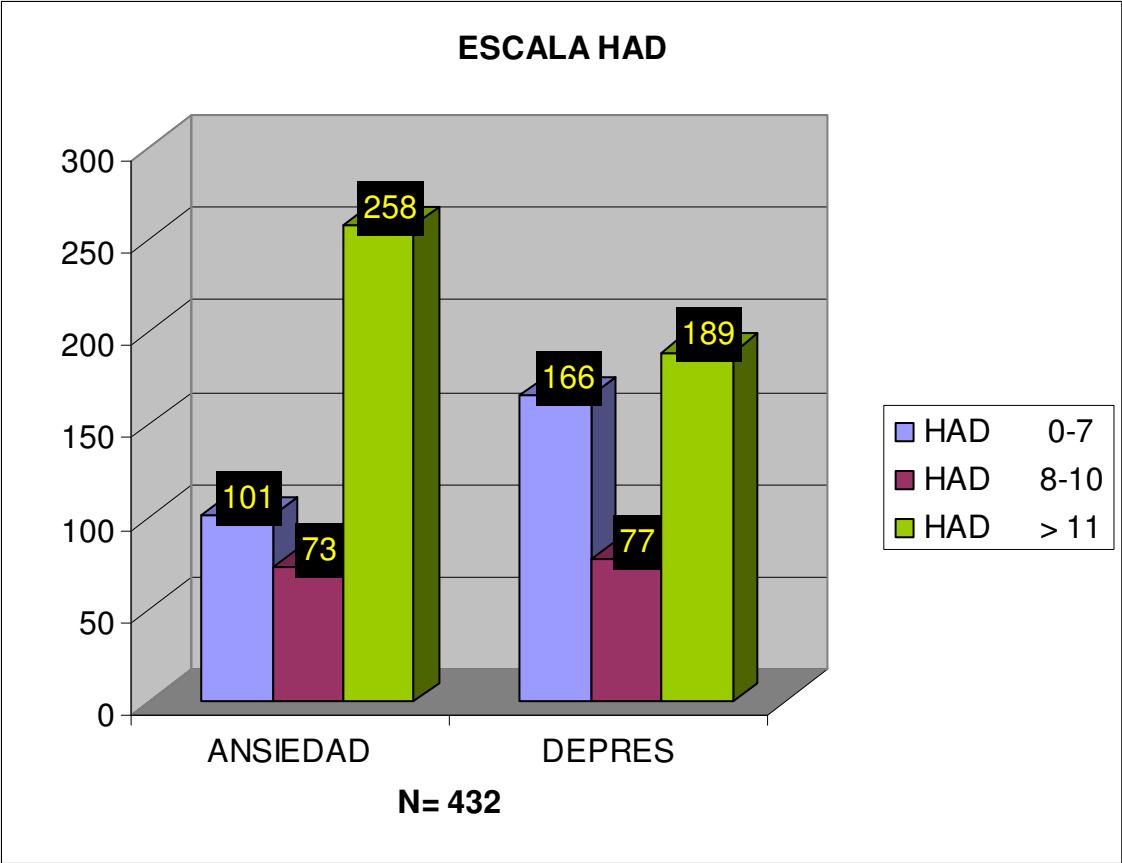


Gráfico IV – 1.4.16 Escala HAD: distribución de casos según puntos de corte.CSM
Nou Barris.



ANEXOS 2: TABLAS.-

Tabla I-1 Epidemiología de los Tr Mentales

Epidemiología Tr Mentales EEUU (Estudio Ronald Kessler)						
	Hombres		Mujeres		Total	
	Prev. Vida	Prev. Anual	Prev. Vida	Prev. Anual	Prev. Vida	Prev. Anual
	%	%	%	%	%	%
1.- Depresión Mayor	12,7	7,7 (1,8)	21,3	12,9 (4,3)	17,1	10,3 (3,1)
2.- Episodios Maníacos	1,6	1,4 (0,6)	1,7	1,3 (0,6)	1,6	1,3 (0,6)
3.- Distimia	4,8	2,1 (1,9)	8	3 (4)	6,4	2,5 (3)
4.- Tr. De Panico con Agorafobia	2	1,3 (0,6)	5	3,2 (1)	3,5	2,3 (0,8)
5.- Tr. De Panico sin Agorafobia	3,5	1,7 (0,6)	7	3,8 (1)	5,3	2,8 (0,8)
6.- Fobia Social	11,1	6,6 (1,3)	15,5	9,1 (2)	13,3	7,9 (1,7)
7.- Fobia simple	6,7	4,4 (4,2)	15,7	13,2 (9,4)	11,3	8,8 (7)
8.- Ansiedad generalizada	3,6	2	6,6	4,3	5,1	3,1
9.- Abuso alcohol sin dependencia	12,5	3,4 (9)	6,4	1,6 (1,5)	9,4	2,5 (5)
10.- Dependencia Alcohol	20,1	10,7 (9)	8,2	3,7 (1,5)	14,1	7,2 (5)
11.- Abuso otras drogas sin dependencia	5,4	1,3 (2,8)	3,5	0,3 (1,3)	4,4	0,8 (2)
12.- Dependencia otras drogas	9,4	3,8 (2,8)	5,9	1,9 (1,3)	7,5	2,8 (2)
13.- Personalidad antisocial	5,8	(1,4)	1,2	(0,3)	3,5	(0,8)
14.- Psicosis no afectivas	0,6	0,6 (0,7)	0,8	0,6 (1,2)	0,7	0,5 (0,96)

() ECA (TOC) 1,2 Hombres 1,8 Mujeres TOTAL 1,5

Tabla I – 2 Porcentaje de adultos americanos con Tr. Mental Grave que anualmente siguen tratamiento. (ECA – NIMH).

	Especialistas en Salud Mental	Medicina General	Total Sistema Sanitario
Esquizofrenia	45,6	33,7	64,5
Tr Bipolar	39,8	40,6	65,4
Depresión Mayor	64,5	34,2	79,1
Tr de Pánico	55,0	50,5	79,8
Tr Obsesivo Compulsivo	39,0	28,1	54,1
Total Trastornos Mentales	43,6	32,6	62,4

Tabla I - 3 Frecuencias de Diagnósticos en Pacientes Psiquiátricos Ambulatorios en la Comunidad de Canarias. (La Laguna). De las Cuevas Castresana y cols. (1991)

Categorías CIE-10		%
F2	Esquizofrenia y Otros Tr Psicóticos	9,6
F3	Tr Afectivos (incluyendo Distimias)	34,2
F4	Tr Neuróticos, Stress y Somatización	22,8
F43	Tr Adaptativos	18
F6	Tr de Personalidad	14,4

Tabla I - 4 Distribución de Diagnósticos en Tres Comunidades Españolas

Diagnósticos	Nou Barris	Canarias	Mollet
	%	%	%
Tr Psicóticos (Esquiz, Psi Afect y otros Tr Psicóticos)	13	9,6	10
Depresión Mayor	13,4	15	29
Distimia	13,4	19	7
Tr Ansiedad (Pánico, TAG, TOCs, Somat y Disociat)	29	22,8	16
Tr Personalidad e Impulsividad (tr alimentación)	5,8	14,4	
Tr Adaptativos y Códigos V	20,8	18	20
Demencias y Otros Tr Orgánicos	3,2		4

Tabla I - 5 European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED)

	PREVA	LENCIA	AÑO	PREVA	LENCIA	VIDA
	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Episodio Depresivo Mayor	2,15	5,62	3,96	6,29	14,47	10,55
Distimia	0,52	2,38	1,49	1,85	5,29	3,65
Cualquier Tr Estado de Animo	2,33	6,25	4,37	6,71	15,85	11,47
Ansiedad Generalizada	0,44	1,18	0,83	1,15	2,57	1,89
Fobia Social	0,57	0,64	0,60	1,06	1,28	1,17
Fobia Específica	1,19	4,20	2,76	2,32	6,54	4,52
Tr Estrés Postraumático	0,25	0,94	0,61	1,06	2,79	1,95
Agorafobia	0,15	0,60	0,39	0,47	0,76	0,62
Tr Angustia	0,38	0,98	0,69	0,95	2,39	1,70
Cualquier Tr Ansiedad	2,53	7,61	5,17	5,71	12,76	9,39
Tr Abuso de Alcohol	1,38	0,05	0,69	6,38	0,95	3,55
Dependencia al Alcohol	0,18	0,02	0,10	1,01	0,17	0,57
Cualquier Tr por Uso de Alcohol	1,38	0,05	0,69	6,47	0,96	3,60
Cualquier Tr Mental	5,25	11,44	8,48	15,67	22,93	19,46

Alonso J y cols. Acta Psychiatr Scand 2004.

Tabla I- 6 Prevalencias de TMG en Holanda. Estudio NEMESIS.

	PREVA	LENCIA	AÑO	PREVA	LENCIA	VIDA
	HOMBRE	MUJER	TOTAL	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Depresion Mayor	4,1	7,5	5,8	10,9	20,1	15,4
Tr Bipolar	1,1	1,1	1,1	1,5	2,1	1,8
Esquizofrenia	0,4	0,2	0,2	0,4	0,3	0,4

Bijl RV, Ravelli A, Van Zessen G. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results Of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1998; 33:587-595.

Diagnóstico.

Un trastorno mental mayor de acuerdo con el DSM III R : un tr. esquizofrénico, afectivo mayor, paranoide, orgánico, u otro tipo de tr. psicótico o un tr. que puede conducir a una incapacidad crónica tal como un tr. límite de la personalidad.

Incapacidad.

Incapacidad grave recurrente resultante de la enf. mental. La incapacidad resulta en limitaciones funcionales en las actividades de la vida cotidiana principales. Estos individuos generalmente muestra con mínimo dos de los siguientes criterios de un modo continuo o intermitente :

- desempleado, empleo protegido, o que tiene habilidades laborales limitadas o un pobre historial laboral
- necesita pensión de incapacidad para mantenerse fuera del hospital y puede que sea incapaz de procurarse su autocuidado sin ayuda.
- tiene dificultad en establecer o mantener un sistema de apoyo social y personal
- necesita ayuda en las actividades básicas de la vida diaria tales como la higiene personal, la alimentación y la gestión de sus recursos económicos.
- demuestra un comportamiento social inapropiado que acaba necesitando una intervención por parte del sistema judicial y/o mental

Duración.

El historial del tratamiento demuestra uno o dos de los siguientes criterios :

- Ha estado ingresado mas de una vez (ingresado en agudos, piso protegido, hospital de día o ingreso de mayor estancia)
- Ha experimentado un período de ingreso en Residencia Psiquiátrica de Larga estancia diferente de una hospitalización por un período suficientemente largo como para haber distorsionado su continuidad vital

Goldman HH, Gattozzi AA, Taube CA.(1981). Defining and Counting the Chronically Mentally Ill. Hospital and Community Psychiatry, Vol 32, 1 jan 1981 : 21-27.

Tabla I - 8. Las 5 dimensiones SIDDD de una definición de T.M.G. (Slade M, Powell R, y Strathdee G)

La Seguridad (peligrosidad) tiene cuatro componentes :

- S**
- Autolesiones involuntarias, negligencia en autogobierno
 - Autolesiones voluntarias
 - Peligrosidad hacia los demás (cuidadores)
 - Abuso por otros (por ej. físico, sexual, emocional, financiero)

El Apoyo (soporte) Social e Institucional tiene dos componentes :

- I**
- Ayuda desde los cuidadores sociales, incluyendo amigos y familiares
 - Ayuda de los Servicios Sociales, tales como Centros de Día, trabajador social, voluntariado, ingresos hospitalarios, medicación e internamiento involuntario

El Diagnóstico debe incluir :

- D**
- Enfermedad Psicótica
 - Demencia
 - Enfermedad Neurótica Grave
 - Trastorno de la Personalidad
 - Trastornos del desarrollo

La Discapacidad con Habilidades disminuidas para funcionar eficazmente en la comunidad con problemas en :

- D**
- Trabajo y Ocio
 - Cuidado Personal
 - Capacidades Domésticas
 - Relaciones Interpersonales

- D** **Duración (persistencia)** de cualquiera de las dimensiones mencionadas por períodos que pueden variar entre 6 meses y 2 años

Slade M, Powell R, Strathdee G. (1997). Current approaches to identifying the severely mentally ill. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 32 : 177-184.

Tabla I - 9 La Escala de Gravedad de Luborsky. Escala Graduada de Salud-Enfermedad

Definición de los puntos de la Escala (niveles de funcionamiento).

100	Un estado ideal de completo funcionamiento e integración, de ausencia de stress, de felicidad y efectividad social.
99 – 76	Grados de ajuste a la vida cotidiana. Pocos individuos de este rango buscan tratamiento. Ejemplos: algunos pacientes que completan su tratamiento y otros que acuden al terapeuta porque necesitan solo una consulta por “consejo situacional”.
75	Inhibición, algunos síntomas relacionados con problemas del carácter suficientemente graves como para causar algo mas que problemas cotidianos. Estos individuos pueden ocasionalmente buscar tratamiento. Ejemplos: pacientes con una neurosis muy leve o leves adicciones. Los trastornos del comportamiento comienzan aquí y descienden dependiendo de la gravedad.
65	En general funcionamiento bastante bueno pero ha focalizado problemas o falta de efectividad sin síntomas específicos. Ejemplos: condiciones claramente neuróticas (fobias mayores, neurosis de ansiedad, caracteres neuróticos).
50	Definitivamente necesita tratamiento para continuar trabajando satisfactoriamente y ha incrementado su dificultad para mantenerse autónomamente (incluso no habiendo expresado o reconocido la necesidad de tratamiento). El paciente se encuentra, o bien en un continuo funcionamiento insatisfactorio (donde la mayor energía se emplea en conflictos), o bien en una línea inestable de donde probablemente padecerá regresión. Ejemplos: neurosis severas obsesivo-compulsivas deben ser evaluadas en 50 o por debajo, aunque raramente por debajo de 35. Algunas psicosis compensadas. Muchos trastornos del carácter. Depresiones neuróticas (distimias).
35	La mayoría de las esquizofrenias fronterizas. Graves problemas del carácter. Depresiones psicóticas.
25	Obviamente no funciona con autonomía. Necesita cuidado hospitalario, o lo necesitaría sino fuera por la ayuda del terapeuta. El hecho de que el paciente esté en el hospital, no significa que deba ser puntuado en este nivel. Ejemplos: psicosis franca, caracteres psicóticos, adicciones graves que necesitan cuidado hospitalario.
24– 1	Pérdida del contacto con la realidad, necesidad de protección del paciente respecto de sí mismo o respecto a los demás. Alto grado de regresión.
10	Dificultad extrema de mantener algun contacto con el paciente. Necesidad de internamiento. Ejemplos: pacientes internados, esquizofrénicos crónicos, maníacos excitados, profundas depresiones suicidas.
0	Estados en los cuales, si el paciente no es ingresado, podrían ocasionar rápidamente su muerte por auto o heteroagresión. Esquizofrénicos completamente regresivos, sin ningún contacto con la realidad y que requieren cuidados permanentes de enfermería o alimentación por sonda.

TABLA IV – 1.4.5
N= 432

RESUMEN : ESTUDIO DESCRIPTIVO VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS
M (DT). [] Nº DE CASOS. (%)

	1 (0 - 40)	2 (41 – 70)	3 (> 70)	F (gl)	DUNCAN
GAFS-M 1ª	34,48 (5,77) [n=25] (5,8 %)	62,04 (7,76) [n= 326] (75,4 %)	77,15 (4,73) [n= 81] (18,7 %)	355,93*** (2)	1 < 2 < 3
GAFS-M 2ª	35,63 (6,01) [n=40] (9,2 %)	62,28 (8,41) [n= 185] (42,8 %)	79,64 (5,32) [n= 175] (40,5 %)	731,54*** (2)	1 < 2 < 3
	1 (0 – 7)	2 (8 – 10)	3 (≥ 11)	F (gl)	DUNCAN
HAD - A	5,32 (4,29) [n=101] (23,3 %)	7,70 (4,56) [n=73] (16,9 %)	11,69 (4,96) [n=258] (59,7 %)	71,92*** (2)	1 < 2 < 3
HAD - D	8,60 (4,34) [n=166] (38,4 %)	11,32 (4,11) [n=77] (17,8 %)	14,09 (3,84) [n=189] (43,7 %)	79,68*** (2)	1 < 2 < 3
	1 (0 - 9)	2 (10 - 20)	3 (> 20)	F (gl)	DUNCAN
BPRS Tot	6,44 (2,13) [n= 142] (32,8 %)	13,74 (2,90) [n= 234] (54,1 %)	27,62 (4,86) [n= 55] (12,7 %)	991,45*** (2)	1 < 2 < 3
GEP-P 1ª	10,90 (5,77)				
GEP-P 2ª	11,45 (6,53)				

*** $p < 0,001$. Los numeros 1, 2 y 3 de los contrastes se corresponden con las categorías de los puntos de corte. El signo < indica diferencias estadísticamente significativas entre los grupos tras aplicar el análisis de Duncan. GAFS-M: escala de evaluación global social y laboral. HAD-A: Escala Ansiedad Hospital Anxiety-Depression de Zigmond-Snaith. GEP-P Escala de Gravedad Psiquiátrica para pacientes ambulatorios. BPRS Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica.

Tabla IV - 3.1.1 Correlaciones rho entre edad, escalas psicopatológicas y de gravedad.

ESCALAS	<i>r</i>
ESCALA GAFS 1ª	0,04
ESCALA GAFS 2ª N = 400	0,01
ESCALA HAD – A	- 0,00
ESCALA HAD – D	0,08
LSP AUTOCUIDADO	0,19***
LSP COMP SOC INT	0,25***
LSP COM CONT SOC	0,09
LSP COMP SOC NO PERS	0,16***
LSP VIDA AUTONOMA	- 0,04
LSP – TOT	0,13**
BPRS – D	- 0,04
BPRS – S	- 0,14**
BPRS – TOT	- 0,15**
GEP – P 1ª	- 0,13**
GEP – P 2ª N = 400	- 0,04

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$. (COMP SOC INT= Comportamiento Social Interpersonal. COM CONT SOC = Comunicación y Contacto Social. COMP SOC NO PERS = Comportamiento Social No Personal).

Tabla IV - 3.1.3 Diferencias por edad según grupos de requerimiento asistencial.

Requerimiento Asistencial	n	M (DT)	F	DUNCAN
BAJO	237	59,82 (16,18)	10,82***	ALTO < MEDIO, BAJO
MEDIO	138	56,55 (15,52)		
ALTO	57	49,19 (13,88)		

*** $p < 0,001$. Los grupos ALTO, MEDIO Y BAJO de los contrastes se corresponden con las categorías de los puntos de corte. El signo < indica diferencias estadísticamente significativas entre los grupos tras aplicar el análisis de Duncan.

Tabla IV- 3.1.4 Diferencias de edad según escalas psicopatológicas con puntos de corte.

Puntos de Corte Escalas	n	M (DT)	F
GAFS-M 1ª 0 - 40	25	53,28 (15,63)	
GAFS-M 1ª 41 - 70	326	58,02 (16,40)	1,36
GAFS-M 1ª > 70	81	56,04 (14,47)	
GAFS-M 2ª 0 - 40	40	54,33 (15,82)	
GAFS-M 2ª 41 - 70	185	58,50 (16,52)	1,28
GAFS-M 2ª > 70	175	56,80 (15,53)	
HAD - A 0 - 7	101	58,15 (17,62)	
HAD - A 8 - 10	73	56,01 (16,58)	0,38
HAD - A > 11	258	57,46 (15,26)	
HAD - D 0 - 7	166	56,47 (16,88)	
HAD - D 8 - 10	77	57,14 (15,66)	0,56
HAD - D > 11	189	58,26 (15,47)	

Tabla IV- 3.1.4 Diferencias de edad según escalas psicopatológicas con puntos de corte.(continuacion).

Puntos de Corte Escalas	n	M (DT)	F	DUNCAN
BPRS 0 - 9	142	60,81 (16,29)		Mayor 20 <
BPRS 10 - 20	234	56,63 (15,39)	7,28**	10-20, 0-9
BPRS > 20	55	51,58 (16,48)		

** $p < 0,01$. Los grupos 0-9, 10-20 y > 20 de los contrastes se corresponden con las categorías de los puntos de corte. El signo < indica diferencias estadísticamente significativas entre los grupos tras aplicar el análisis de Duncan.

Tabla IV- 3.2.3 Diferencias en los puntos de corte de la escala GAFS-M 1ª pasación según género.

N = 432	Hombres (n = 142) %	Mujeres (n = 290) %	χ^2 (gl)
GAFS-M 1ª 0 - 40	10,6	3,4	8,85* (2)
GAFS-M 1ª 41 - 70	71,8	77,2	
GAFS-M 1ª > 70	17,6	19,3	

* $p < 0,05$. GAFS-M: escala de evaluación global social y laboral.

Tabla IV- 3.2.4 Diferencias en los puntos de corte de la escala GAFS-M 2ª pasación según género.

N = 432	Hombres (n = 142) %	Mujeres (n = 290) %	χ^2 (gl)
GAFS-M 2ª 0 - 40	17,8	6,0	13,88** (2)
GAFS-M 2ª 41 - 70	43,7	47,5	
GAFS-M 2ª > 70	38,5	46,4	

** $p < 0,01$. GAFS-M: escala de evaluación global social y laboral.

Tabla IV - 3.2.5 Diferencias en los puntos de corte de la escala HAD-A según género.

N = 432	Hombres (n = 142) (% verticales)	Mujeres (n = 290) (% verticales)	χ^2 (gl)
NO CASO (0 – 7)	32,4	19,0	9,65* (2)
CASO PROBABLE (8 – 10)	15,5	17,6	
CASO (≥ 11)	52,1	63,4	

* $p < 0,05$. HAD-A: Subescala Ansiedad Hospital Anxiety-Depression de Zigmond-Snaith

Tabla IV - 3.2.6 Diferencias en los puntos de corte de la escala HAD-D según género.

N = 432	Hombres (n = 142) (% verticales)	Mujeres (n = 290) (% verticales)	χ^2 (gl)
NO CASO (0 – 7)	43,0	36,2	4,39 (2)
CASO PROBABLE (8 – 10)	20,4	16,6	
CASO (\geq 11)	36,6	47,2	

HAD-D: Subescala Depresion Hospital Anxiety-Depression de Zigmond-Snaith

Tabla IV - 3.2.7 Diferencias en puntos de corte de la Escala BPRS según género.

N = 432	Hombres (n = 142) (% verticales)	Mujeres (n = 290) (% verticales)	χ^2 (gl)
AUSENCIA SDME (0 – 9)	29,6	34,6	7,54* (2)
SDME MENOR (10 - 20)	51,4	55,7	
SDME MAYOR (> 20)	19,0	9,7	

* $p < 0,05$

Tabla IV - 3.4.3 Diferencias en los Grupos de Requerimiento Asistencial en función de los grupos de edad mayores y menores de 65 años.

N = 432	> 65 AÑOS n = 153 (% vertical)	< 65 AÑOS n = 279 (% verticales)	χ^2 (gl)
REQUERIMIENTO ALTO	5,9	17,2	18,26***
REQUERIMIENTO MEDIO	26,8	34,8	
REQUERIMIENTO BAJO	67,3	48,0	

*** $p < 0,001$

Tabla IV -3.3.1 Diferencias en utilización de servicios según las Agrupaciones diagnósticas DSM - IV.

	1.TrOrgánicos (n = 14) M (DT)	2. Tr Psicót (n = 56) M (DT)	3.Tr Afectiv (n = 58) M (DT)	4. Distimias (n = 58) M (DT)	5. Ansiedad (n = 125) M (DT)	6. Personal (n = 25) M (DT)	7.Adaptativos (n = 90) M (DT)	8. Abus/Dep. Subst. (n=6) M (DT)	F	DUNCAN
Nº VISITAS	8,64 (4,70)	18,00 (13,15)	15,07 (12,33)	11,31 (11,42)	11,26 (11,46)	11,00 (9,07)	5,03 (3,71)	9,67 (8,01)	9,24***	7<1,8,6,5,4, 3<2
Nº INGRESOS DIAS	0,07 (0,26)	0,91 (1,52)	0,38 (1,29)	0,10 (0,78)	0,03 (0,21)	0,68 (1,57)	0,00 (00)	1,17 (1,47)	8,69***	7,5,1,4,3 < <6,2 < 8
INGRESOS	0,79 (2,94)	37,52 (115,06)	5,78 (20,67)	0,84 (6,43)	0,18 (1,19)	10,20 (29,22)	0,00 (00)	14,83 (22,13)	5,11***	7,5,1,4,3,6, 8,<2
LAVIK	11,00 (9,29)	263,48 (556,55)	32,39 (66,28)	13,84 (23,08)	11,92 (12,17)	41,60 (89,56)	5,03 (3,71)	54,16 (73,92)	10,45***	7,1,5,4,3,6, 8<2

*** $p < 0,001$. Los números 1,2,3,4, 5, 6,7,8 de los contrastes se corresponden con las categorías de los puntos de corte. El signo < indica diferencias estadísticamente significativas entre los grupos tras aplicar el análisis de Duncan.

Tabla IV - 3.3.2 Diferencias en los Grupos de Requerimiento Asistencial según Agrupaciones DSM-IV.

	1.Tr organicos (n = 14) (% verticales)	2.Tr. Psicot. (n = 56) (% vertical)	3.Tr. Afectiv. (n = 58) (% vertical)	4.Distimias (n = 58) (% vertical)	5.Tr Ansiedad (n = 125) (% vertical)	6.Tr. Personal. (n = 25) (% vertical)	7.Tr Adaptativos (n = 90) (% verticales)	8.Abuso/Dep. Subst. (n = 6) (% verticales)	χ^2 (gl)
ALTO	7,1	48,2	15,5	8,6	5,6	20,0	0,0	50,0	137,17*** (14)
MEDIO	42,9	30,4	55,2	31,0	37,6	24,0	13,3	0,0	
BAJO	50	21,4	29,3	60,3	56,8	56,0	86,7	50,0	

*** $p < 0,001$

Tabla IV - 3.3.3 Diferencias en las puntuaciones de las escalas psicopatológicas y de gravedad en función de agrupaciones DSM-IV.

	1.TrOrganicos (n = 14) M (DT)	2.Tr. Psicot. (n = 56) M (DT)	3.Tr. Afectiv. (n = 58) M (DT)	4.Distimias (n = 58) M (DT)	5. Ansiedad (n = 125) M (DT)	6.Personalid (n = 25) M (DT)	7.Tr Adaptat (n = 90) M (DT)	8.Abuso/Dep. Subst. (n = 6) M (DT)	F	DUNCAN
GAFS-M 1ª	52,50 (19,29)	52,88 (14,18)	61,16 (10,50)	65,60 (7,67)	66,21 (8,89)	58,64 (11,56)	69,06 (8,77)	55,00 (7,74)	17,60***	1,2,8,6 < 3 <
GAFS-M 2ª	45,07 (18,23)	54,09 (17,61)	64,40 (15,72)	70,87 (9,42)	71,75 (10,18)	60,27 (16,85)	75,38 (9,35)	65,00 (10,95)	22,69***	< 4,5 < 7 1 < 2,6 < 3,8 <
HAD-A	10,14 (5,69)	9,05 (4,80)	13,45 (4,53)	11,90 (4,56)	12,11 (4,37)	12,00 (5,03)	10,53 (4,76)	13,50 (3,01)	4,99***	< 4,5 < 7 2,1,7,4,6 < 5 <
HAD-D	11,71 (5,62)	7,50 (4,83)	13,81 (5,56)	11,41 (5,31)	8,26 (4,90)	11,16 (5,50)	7,57 (4,55)	12,67 (2,73)	12,72***	< 3,8 2,7,5 < 6 <
LSP Autocuidado	34,71 (5,23)	35,86 (4,90)	38,14 (3,30)	38,91 (1,86)	38,90 (2,34)	33,48 (6,64)	39,09 (1,77)	36,33 (3,83)	15,70***	< 4,1,8,3 6,1 < 2,8 <
LSP Comp Soc Int	34,86 (3,59)	35,84 (4,58)	37,29 (2,54)	37,10 (3,01)	37,33 (2,94)	32,56 (5,30)	37,62 (2,57)	33,00 (5,86)	9,68***	< 3 < 5,4,7 6,8 < 1 <
LSP Com Cont Soc	18,29 (4,71)	19,07 (3,83)	20,19 (3,77)	21,03 (2,52)	21,95 (2,25)	19,04 (4,44)	22,44 (1,63)	19,17 (3,54)	12,63***	2 < < 4,3,5,7 1,6,2,8,3 <
LSP Comp Soc No Pers	21,93 (2,46)	22,27 (2,05)	22,88 (1,56)	22,74 (1,79)	22,96 (1,60)	19,56 (4,84)	23,31 (1,68)	21,17 (2,85)	10,77***	< 4,5 < 7 6 < 8,1,2 <
LSP Vida Autonoma	18,50 (5,66)	19,48 (5,75)	21,33 (5,34)	21,95 (3,42)	23,78 (3,40)	20,12 (6,20)	24,48 (2,95)	20,50 (4,32)	12,06***	< 4,3,5 < 7 1,2,6,8 < 3,4 <
LSP Tot	128,29 (18,40)	132,52 (17,10)	139,83 (13,03)	141,74 (9,67)	144,92 (9,31)	124,76 (21,70)	146,94 (6,97)	130,17 (15,79)	18,00***	< 5 < 7 6,1,8 < 2 <
BPRS-D	9,21 (3,72)	8,52 (4,06)	11,53 (4,41)	9,44 (3,34)	8,76 (3,26)	9,20 (3,02)	7,09 (3,08)	10,17 (2,48)	8,51***	< 3,4,5,7 7,2,5,6,1 <
BPRS-S	9,57 (9,25)	11,54 (6,87)	4,67 (3,90)	2,25 (2,09)	2,14 (2,25)	6,52 (4,85)	1,54 (1,81)	10,17 (10,08)	45,69***	< 4,8 < 3 7,5,4 < 3,6 <
BPRS-Tot	18,79 (10,88)	20,05 (8,94)	16,21 (7,26)	11,68 (4,54)	10,90 (4,42)	15,72 (6,18)	8,63 (3,58)	20,33 (12,41)	26,78***	< 1,8,2 7,5,4 < 6,3,1 <
GEP-P 1ª	15,00 (7,25)	16,21 (6,06)	12,53 (5,59)	10,40 (3,51)	9,46 (4,04)	14,64 (7,10)	6,71 (3,52)	17,67 (8,95)	27,10***	< 2,8 7,5 < 4 < 3 <
GEP-P 2ª	19,57 (6,37)	16,36 (7,38)	12,59 (7,13)	10,81 (3,91)	9,50 (4,45)	15,45 (9,07)	7,61 (3,88)	15,67 (8,75)	19,52***	< 6,1 < 2,8 7,5,4 < 3 <

*** $p < 0,001$. Los números 1,2,3,4,,6,7,8 de los contrastes se corresponden con las categorías de los puntos de corte. El signo < indica diferencias estadísticamente significativas entre los grupos tras aplicar el análisis de Duncan

ENTREVISTA TELEFONICA

FECHA:

1º) Si sigue tratamiento farmacológico con medicamentos

si los toma, quien se los controla

medicamentos que toma :

2º) Si se encuentra bien, o en su caso que tipo de síntomas tiene

3º) Si ha tenido Ingresos psiquiátricos o ingresos de tipo médico.

4º) Trabajo o actividad (amas de casa, jubilados, etc):

FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS

INICIALES : _____

Nº HISTORIA _____

**PROTOCOLO DE INVESTIGACION :
GRAVEDAD DE ENFERMEDAD
PSIQUIATRICA EN PACIENTES
AMBULATORIOS**

INVESTIGADOR PRINCIPAL : A. ZUÑIGA LAGARES
DIRECTOR TRABAJO INVESTIGACION : Prof. A. BULBENA

GRAVEDAD DE ENFERMEDAD PSIQUIATRICA

Apellidos :
Nombre :
Edad :
Sexo :

1.- MOTIVO DE CONSULTA :

(quién pide la visita y motivo inmediato)

.....
.....
.....
.....

2.- ENFERMEDAD ACTUAL :

(comienzo y evolución de los síntomas, Factores desencadenantes y moduladores, Trat. de este episodio)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3.- ANTECEDENTES MEDICOS :(enferm. pasadas y actuales, intervenciones quirurgicas y TCE, ttos. actuales, patología cardiaca, HTA, próstata, riñón, hígado, tiroides, diabetes, úlcera, estreñimiento.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4.- ALCOHOL Y DROGAS :

(tipo, frecuencia de uso, dosis, vía de administración, tiempo de consumo)

.....
.....
.....
.....

5.- ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS :

(precisar fecha 1er ingreso, duración, dco. tto. y respuesta al tto., trat. ambulatorios, episodios no tratados: síntomas y duración)

.....
.....
.....
.....

6.- ANTECEDENTES FAMILIARES :

(GENOGRAMA , enferm. psiquiátricas, descripción de la familia con la que vive, descripción de la familia de origen)

7.- PERSONALIDAD PREVIA :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

8.- SITUACION SOCIAL ACTUAL : (Residencia y entorno con el que convive, Situación económica y laboral, cobertura social al alta)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CHEK - LIST CIE - 10

ESCALAS :

BPRS

HAD

LSP

GEP - P

INSTRUCCIONES : Para cumplimentar la siguientes escalas habrá que considerar el funcionamiento global y la sintomatología del paciente **en el último mes**. Conteste todos los items señalando la descripción más apropiada, poniendo una x en el recuadro correspondiente.

CHEK-LIST CIE – 10

Identificación como caso psiquiátrico

Quejas Psicológicas
Quejas Somáticas sin base Médica
Alteraciones del Comportamiento (desviaciones con respecto a las Conductas consideradas normales en la cultura)
Ninguna de las anteriores, pero es un “caso psiquiátrico”
Describir _____

Si todas las repuestas son negativas
No es necesario continuar

Deterioro y/o minusvalía social u ocupacional
Trastorno Físico coexistente
Estrés Psicosocial

Trastornos Mentales Orgánicos y debidos al consumo de sustancias

Deterioro de la memoria y de otras habilidades intelectuales
Alteraciones de la conciencia
Consumo de Substancias Psicotrópicas

Si hay alguna respuesta afirmativa
Utilizar módulo de F0/F1

Trastornos Psicóticos y Afectivos

Conducta Catatónica
Delirios o Alucinaciones
Humor Expansivo, elevado o irritable, o suspicaz
Humor Depresivo o bajo
Aislamiento Social o Disminución en el funcionamiento Social

Si hay alguna respuesta afirmativa
Utilizar módulo F2/F3

Trastornos Neuróticos y del Comportamiento

Ansiedad (pánico) o fobias
Obsesiones o Compulsiones
Trastornos Disociativos (conversión)
Trastornos Somatomorfos
Anorexia o Bulimia
Disomnias o Parasomnias
Disfunciones Sexuales

Si hay alguna respuesta afirmativa
Utilizar módulo F4/F5

Trastornos de la Personalidad

Rasgos de personalidad y/o patrones de conducta alterados de manera Clara y persistente.

Si la respuesta es afirmativa utilizar módulo F6

Módulo F0/F1 TRASTORNOS MENTALES ORGÁNICOS

A) ¿Cuáles de los siguientes síntomas está presentes?

1. Deterioro de la memoria
2. Deterioro de otras habilidades intelectuales
3. Deterioro del control emocional, de la motivación o de la Conducta social
4. Afectación del nivel de conciencia y de la atención
5. Alteraciones de la percepción o desorientación
6. Trastornos Psicomotores
7. Alteración del ciclo sueño/vigilia
8. Comienzo rápido y fluctuaciones diurnas de los síntomas

B) ¿Cuál es la Gravedad del Trastorno?

- Leve
- Moderada
- Grave

C) ¿Cómo fue el comienzo del trastorno?

- Agudo
- Crónico

D) ¿Cuánto ha durado el trastorno?

- En días
- En meses
- En años

E) ¿Cuál de los siguientes cuadros puede excluirse?

1. Retraso Mental
2. Trastorno Mental yatrogénico por fármacos

F) ¿Cuál de los siguientes cuadros aparece asociado?

1. Síntomas Depresivos
2. Síntomas Maníacos
3. Abuso de Alcohol o Drogas:
 - como causa del trastorno
 - coexistiendo con el trastorno
4. Cambios de la personalidad o del comportamiento
5. Síntomas Psicóticos agudos y transitorios
6. Síntomas Agudos de Esquizofrenia

G) ¿Cuáles de los siguientes diagnósticos están presentes?

1. Demencia (F01-F03)
2. Delirium (F05)
3. Trastorno Orgánico de la Personalidad

4. Otros Trastornos Mentales Orgánicos:

- Alucinosis Orgánicas (F06.0)
- Tr Catatónico Orgánico-Estupor o excitación (F06.1)
- Tr de Ideas Delirantes (esquizofreniforme) orgánico (F06.2)
- Tr del humor (afectivos) orgánicos (F06.3)
- Tr Ansiedad Orgánico (F06.4)
- Tr Disociativo Orgánico (cuadro de conversión) (F06.5)
- Tr de Labilidad Emocional Orgánico (F06.6)

Trastornos debidos al Consumo de Substancias Psicotrópas

A) ¿Cuáles de los siguientes síntomas están presentes?

1. Fuerte deseo, necesidad imperiosa de consumir la “Substancia” (“craving”)
2. Afectación de la capacidad para controlar el consumo de la “Substancia”
3. Síndrome de privación o abstinencia
4. Uso de la “Substancia” para aliviar los síntomas de abstinencia
5. Desarrollo de tolerancia (fisiológica, psicológica o conductual)
6. Estrechamiento del patrón de consumo de la “substancia”
7. Abandono progresivo de intereses y aficiones debido al consumo de la “substancia”
8. Daño físico o psicológico claramente identificable como consecuencia del Consumo de la “substancia”
9. Persistencia en el consumo de la “substancia” a pesar de haber comprobado Lo negativo de sus consecuencias

B) ¿ Cuánto ha durado el trastorno?

- Meses
- Años

C) ¿Cuáles de las siguientes Substancias se consumieron?

- Alcohol
- Opiáceos
- Derivados del Cannabis
- Hipnóticos
- Cocaína
- Estimulantes (incluida cafeína)
- Alucinógenos
- Tabaco
- Disolventes Volátiles
- Consumo de Otras, o de múltiples sustancias psicoactivas

D) ¿Cuáles de los siguientes cuadros están asociados?

1. Delirium
2. Síndrome Amnésico
3. Síntomas Psicóticos

E) ¿Cuáles de los siguientes diagnósticos están presentes?

1. Consumo Perjudicial (F1X.1)
2. Síndrome de Dependencia (F1X.2)

Modulo F2/F3 : Trastornos Psicoticos

A) ¿Cuáles de los siguientes síntomas están presentes?

1. Eco, robo, imposición, o difusión del pensamiento
2. Temple delirante y delirios
3. Alucinaciones auditivas u otras alucinaciones persistentes de cualquier Modalidad sensorial
4. Lenguaje incoherente o neologismos
5. Conducta Catatónica
6. Síntomas Negativos (apatía, pobreza de lenguaje, embotamiento afectivo o incongruencia)
7. Conducta desestructurada o sin objetivo
8. Pobreza de la comunicación no verbal, referida fundamentalmente a la Expresión facial
9. Marcado declive en el funcionamiento académico, social ocupacional, o aislamiento social
10. Apariencia peculiar, extraña, o pobreza en el cuidado personal
11. Experiencias de despersonalización o desrealización
12. Agitación emocional
13. Perplejidad y falsas identificaciones de personas o lugares
14. Aumento o disminución de la motricidad

B) ¿Cómo fue la forma de comienzo del trastorno?

- Aguda
- Crónica

C) ¿Cuánto ha durado el trastorno?

- En días
- En meses

D) ¿Cuáles de los siguientes estados pueden excluirse?

1. Síndrome Orgánico Cerebral
2. Trastorno Esquizoide de la Personalidad
3. Formas de expresión influenciadas por la subcultura
4. Retraso Mental
5. Intoxicación por alcohol o drogas, o síndrome de abstinencia

E) ¿Cuáles de los siguientes cuadros aparecen asociados?

1. Síntomas Maníacos

2. Síntomas Depresivos
3. Abuso de Alcohol o drogas, coexistente con el trastorno

F) ¿Cuál de los siguientes diagnósticos está presente?

1. Esquizofrenia (F20)
2. Tr Esquizotípico (F21)
3. Tr de Ideas Delirantes (F22)
4. Tr Psicóticos Agudos y Transitorios (F23)
5. Tr Esquizoafectivo (F25)

MANIA

A) ¿Cuáles de los siguientes síntomas están presentes?

1. Humor anormalmente elevado o irritable
2. Incremento de la actividad e inquietud motora
3. Presión del lenguaje
4. Tendencia a la distracción o cambios constantes en los planes o actividades
5. Menor necesidad de sueño
6. Incremento de la actividad sexual o desinhibición sexual
7. Conducta irresponsable o alocada
8. Aumento de la sociabilidad y conducta inadecuadamente familiar
9. Fuga de ideas o aceleración del curso del pensamiento
10. Aumento de la autoestima
11. Delirios
12. Alucinaciones

B) ¿Cuál es la gravedad del trastorno?

- Hipomaníaco
- Maníaco

C) ¿Cuánto ha durado el trastorno?

- En días

D) ¿Cuántos episodios anteriores han existido?

E) ¿Cuál de los siguientes cuadros puede excluirse?

1. Tr Endocrino precipitante
2. Tratamiento farmacológico precipitante
3. Anorexia Nerviosa
4. Esquizofrenia

F) ¿Cuáles de los siguientes cuadros aparecen asociados?

1. Tr Mental Orgánico
- como causa del trastorno
 - coexistiendo con el trastorno

Si hay alguna respuesta afirmativa

considere tambien el diagnóstico de T.M.O.

2. Síntomas depresivos (considerar el trastorno afectiva bipolar)
3. Inestabilidad afectiva persistente (considerar el trastorno ciclotímico)
4. Abuso de alcohol o drogas:
 - como causa del trastorno (considerar el trastorno por abuso de sustancias)
 - coexistiendo con el trastorno “ “ “ “ “
5. Delirios o Alucinaciones (considerar el trastorno afectivo bipolar)

G) ¿Cuáles de los siguientes diagnósticos están presentes?

1. Hipomanía (F30.0)
2. Manía sin síntomas psicóticos (F30.1)
3. Manía con síntomas psicóticos (F30.2)

DEPRESION

A) ¿Cuáles de los siguientes síntomas están presentes?

1. Humor depresivo
2. Pérdida de interés o de la capacidad para experimentar placer
3. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad
4. Pérdida de la confianza y de la autoestima
5. Culpa inapropiada o autoreproches injustificados
6. Conductas o ideación suicidas
7. Dificultades en la concentración o en la elaboración del pensamiento
8. Retardo o agitación psicomotriz observables
9. Trastornos del sueño
10. Cambios en el apetito y peso (> 5 % del peso corporal)
11. Falta de la capacidad de reacción ante los acontecimientos vitales
12. Empeoramiento matutino de la depresión
13. Marcada disminución de la libido
14. Episodios frecuentes de llanto
15. Sentimientos de desesperanza y desesperación
16. Incapacidad para asumir las obligaciones diarias
17. Actitud pesimista acerca del futuro o rumiaciones melancólicas sobre el pasado
18. Menos hablador de lo normal
19. Estupor depresivo
20. Delirios
21. Alucinaciones

B) ¿Cuál es la gravedad del trastorno?

- Leve
- Moderada

- Severa

C) ¿Cuánto ha durado el trastorno ?

- En semanas

- En meses

D) ¿Cuántos episodios anteriores han existido?

E) ¿Cuál de los siguientes cuadros pueden excluirse?

1. Tr endocrino o tratamiento farmacológico, como causa precipitante
2. Esquizofrenia como causa del trastorno

F) ¿Cuál de los siguientes cuadros aparece asociado?

1. T.M.O
2. Esquizofrenia, coexistente con el trastorno (si respuesta es +, considere también la esquizofrenia)
3. Síntomas maníacos o hipomaníacos (considerar el Tr Bipolar)
4. Inestabilidad persistente del humor durante dos o más años (considerar la ciclotimia)
5. Tr de menos de dos semanas de duración (considerar tr afectivos mixtos o breves)
6. Delirios o Alucinaciones (considerar el tr esquizoafectivo)
7. Abuso de Alcohol o Drogas:
 - como causa del trastorno
 - coexistiendo con el trastorno (considerar el trastorno por consumo de sustancias)

G) ¿Cuál de los siguientes diagnósticos está presente?

1. Episodio depresivo leve (F32.0)
2. Episodio depresivo moderado (F32.1)
3. Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2)
4. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)
5. Trastorno depresivo recurrente (F33)
6. Ciclotimia (F34.0)
7. Distimia (F34.1)
- 8, Tr Bipolar (F31)

F4/F5: TRASTORNOS NEUROTICOS

A) ¿Cuál de los siguientes síntomas están presentes?

1. Miedos
2. Atáques de Pánico
3. Ansiedad, preocupaciones, aprensión
4. Síntomas de ansiedad autonómica
5. Pensamientos obsesivos y actos compulsivos
6. Exposición a un estrés físico, mental o social excepcional
7. Rememoración persistente del factor estresante
8. Evitación de las circunstancias con el estrés
9. Síntomas de aumento de la sensibilidad psicológica y de los niveles de alerta
10. Síntomas o estados de conversión o disociativos
11. Quejas físicas múltiples y variables que no se pueden explicar en base a un trastorno físico
12. Consultas médicas repetidas y rechazo persistente a aceptar la ayuda médica
13. Fatiga física o mental persistente

B) ¿ Cuánto ha durado el trastorno ¿

- En semanas
- En meses
- En años

C) ¿Cuál de los siguientes cuadros puede excluirse?

1. Síntomas o trastornos psicóticos
2. Consumo excesivo de drogas o trastorno de privación
3. Simulación intencionada

D) ¿Cuáles de los siguientes cuadros aparecen asociados?

1. Síntomas afectivos (considerar también el trastorno afectivo)
2. Experiencias de despersonalización o de desrealización
(si es afirmativa, considerar también el trastorno psicótico)

E) ¿Cuál de los siguientes diagnósticos está presente?

1. Trastorno de ansiedad fóbica (F40.0 – F40.2)
2. Trastornos de Pánico (F41.0)
3. Trastorno de Ansiedad Generalizada (F41.1)
4. Trastorno Mixto ansioso-depresivo y otros trastornos mixtos
Ansiedad (F41.2 – F41.3)
5. Trastorno Obsesivo-Compulsivo (F42)
6. Reacciones a estrés agudo (F43.0)
7. Trastorno por Estrés Postraumático (F43.1)
8. Trastornos de Adaptación (F43.2)
9. Trastornos Disociativos (de conversión) (F44)
10. Trastornos Somatomorfos (F45.0 – F45.4)
11. Neurastenia (F48.0)

TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

A) ¿Cuáles de los siguientes síntomas están presentes?

1. Pérdida de peso importante y autoinducida
2. Episodios de atracones (“panzadas”) de comida
3. Pánico a engordar
4. Consecuencias endocrinológicas (amenorrea, impotencia)
5. Alteraciones en la duración, calidad u horario del sueño
6. Episodios no intencionados de levantarse y caminar, estando dormido
7. Episodios de levantarse estando dormido con manifestaciones de ansiedad o pánico
8. Episodios de despertarse por una pesadilla, con recuerdo vivido de ella
9. El trastorno del sueño causa un malestar intenso o interfiere con las actividades cotidianas
10. Incapacidad frecuente para anticipar, de la manera deseada, en una relación sexual

B) ¿Cuánto ha durado el trastorno?

- En meses
- En años

C) ¿Cuántos episodios hubo?

D) ¿Cuál de los siguientes cuadros puede excluirse?

1. Trastorno neurológico o médico, como causa principal del trastorno
2. Tratamiento farmacológico previo o actual, como causa del trastorno

E) ¿Cuáles de los siguientes cuadros aparecen asociados?

1. Trastorno depresivo (si afirmativa, considerar también tr afectivo)
2. Abuso de Alcohol o Drogas (si afirmativa considerar también trastorno por consumo de sustancias)
3. Trastorno Mental Orgánico (si afirmativa, considerar también tr orgánico)

F) ¿Cuál de los siguientes diagnósticos está presente?

1. Anorexia Nerviosa (F50.0)
2. Bulimia Nerviosa (F50.2)
3. Trastornos no orgánicos del sueño (F51)
4. Disfunción sexual no orgánica (F52)

F6 : TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

A) ¿ Cuáles de los siguientes síntomas están presentes?

1. Desviaciones permanentes y estables de los rasgos de la personalidad y de los patrones, culturalmente aceptables, de conducta
2. Patrones conductuales mal adaptados, disfuncionales, inflexibles, que se extienden a una amplia gama de situaciones personales y sociales
3. Malestar o sufrimiento (“distress”) personal o impacto negativo en el entorno social

B) ¿Cuáles de los siguientes rasgos de personalidad o conductas están presentes?

1. Paranoide:

- sensibilidad excesiva como respuesta a contratiempos y rechazos
- rencoroso como respuesta a insultos o perjuicios
- suspicaz
- combativo y tenaz a cerca de los propios derechos
- predisposición a desarrollar celos patológicos
- tendencia a autovalorarse de manera excesiva
- preocupado con explicaciones “conspiratorias”, no justificadas, de los acontecimientos

2. Esquizoide:

- incapacidad para experimentar placer (anhedonia)
- frialdad emocional, distante, afectividad aplanada
- escasa respuesta tanto a la crítica como al halago
- escaso interés en las relaciones sexuales
- preferencia por las fantasías, actividades solitarias y una actitud de egocentrismo y reserva
- falta de amigos personales íntimos
- dificultad para reconocer y adoptar las reglas sociales (conductas excéntricas)

3. Disocial:

- ausencia de capacidad para desarrollar empatía
- irresponsabilidad y falta de atención a las normas sociales
- incapacidad de mantener relaciones personales duraderas
- baja tolerancia a la frustración y bajo umbral de descarga de agresividad
- incapacidad de sentir culpa
- propensión a culpabilizar a los demás
- irritabilidad persistente

4. Inestable (Límite)

- tendencia a actuar impulsivamente y sin pensar en las consecuencias
- tendencia a las discusiones y a mantener relaciones conflictivas con los demás
- propenso a presentar arrebatos de cólera y violencia

- clara incapacidad para planear con antelación o prever el curso de los acontecimientos futuros
- dificultad para mantener cualquier actividad que no lleve aparejada una gratificación inmediata
- humor inestable y voluble
- alteración y sensación de incertidumbre acerca de la propia imagen y las inclinaciones personales (incluidas las sexuales)
- propensión a involucrarse en relaciones personales intensas e inestables
- repetidas amenazas o actos auto-lesivos

5. Histriónico:

- teatralidad
- sugestionable
- afectividad superficial y labil
- egocentrismo
- demandas continuas de afecto
- ansia de excitaciones y de ser el centro de atención
- conductas manipulativas para satisfacer las propias necesidades

6. Anancástico:

- indeciso
- perfeccionista
- concienzudo, escrupuloso
- pedante, convencional
- rigidez y terquedad
- presencia de pensamientos o impulsos dominantes no deseados y persistentes
- planificación excesivamente cuidadosa, minuciosa y anticipada de todas las actividades

7. Ansioso (Evitador):

- sentimientos de tensión y aprensión
- cohibido, sentimientos de inseguridad e inferioridad
- ansia de agradar y ser aceptado
- hipersensible a la crítica y al rechazo
- rechazo a establecer relaciones en las que no hay garantías de ser aceptado de manera incondicional
- propensión a exagerar los posibles riesgos o peligros existentes en las situaciones cotidianas
- estilo de vida limitado y restringido debido a la necesidad de tener seguridad y certeza sobre todas las cosas

8. Dependiente:

- permite que otros asuman responsabilidad en áreas esenciales de su vida
- subordinación a aquellos de los que depende
- incapacidad para demandar o exigir cosas a las personas de las que el

individuo depende

- se percibe como desvalido, incompetente y carente de energía
- sentir temor a ser abandonado y tener la necesidad constante de que le aseguren que esto no sucederá

- tendencia a sentirse desesperado y destrozado cuando cualquier relación íntima termina
- tendencia a traspasar las responsabilidades a otros

C) ¿Cuánto ha durado el trastorno?

- Años

D) ¿Cuál de los siguientes cuadros puede excluirse?

1. la desviación es el resultado de otro trastorno mental del adulto
2. la desviación es el resultado de una enfermedad o daño orgánico cerebral

E) ¿Cuáles de los siguientes cuadros aparecen asociados?

1. Abuso de alcohol o drogas (considerar el tr por consumo de sustancias)
2. Síntomas afectivos (considerar el tr afectivo)
3. Síntomas psicóticos (considerar el tr psicótico)
4. Síntomas neuróticos (considerar el tr neurótico)

F) ¿Cuál de los siguientes diagnósticos esta presente?

1. Tr Paranoide de la Personalidad (F60.0)
2. Tr Esquizoide de la Personalidad (F60.1)
3. Tr Disocial de la Personalidad (F60.2)
4. Tr por Inestabilidad Emocional de la Personalidad
 - de tipo impulsivo (F60.30)
 - de tipo "borderline" (F60.31)
5. Tr Histriónico de la Personalidad (F60.4)
6. Tr Anancástico de la Personalidad (F60.5)
7. Tr Ansioso (Evitador) (F60.6)
8. Tr Dependiente de la Personalidad (F60.7)
9. Otros Trastornos específicos de la personalidad (F60.8)

BPRS (Escala Breve de Evaluacion Psiquiátrica. Overall-Gorham)

1.- PRECUPACIONES SOMATICAS : Grado de preocupación acerca de su salud. Valorando tal y como es percibida por el propio paciente, tanto si se considera que tienen una base real (enfermedad médica) como si no.

Preguntas : ¿ Suele estar preocupado por su salud ? ¿ Suele pensar que puede tener esta o aquella enfermedad ? ¿ Se "escucha" Vd. mucho el cuerpo ?

0. Ausente

1. Mínimo, síntomas dudosos.

2. Ligero : preocupaciones acerca de su salud o sobre problemas somáticos (el paciente puede preguntar por ej ¿ es grave Dr.?)

3. Moderado : quejas acerca de la mala salud, no hay convicción delirante. Las preocupaciones pueden ser aliviadas con palabras tranquilizadoras.

4. Moderado-Grave : expresa numerosas preocupaciones sobre su salud o bien hay algun delirio claro.

5. Grave : Hay uno o más delirios somáticos, pero se puede desviar la atención del paciente sobre ellos.

6. Extremadamente Grave : numerosos delirios somáticos y de naturaleza catastrófica que dominan totalmente el afecto y pensamiento del paciente.

2.- ANSIEDAD : miedo y excesivas preocupaciones acerca del presente o futuro. Solo la experiencia subjetiva (nerviosismo, intranquilidad, aprensión, inquietud e incluso pánico).

Preguntas : ¿ Suele estar tenso, irritable, inquieto ? ¿ Suele tener miedos, temores ? ¿ Ha tenido que ir a servicios de urgencias pensando que se iba a morir ?

0. Ausente.

1. Mínimo. Patología dudosa.

2. Ligera : alguna intranquilidad o preocupación excesiva, pero sin repercusiones somáticas.

3. Moderada : refiere síntomas de nerviosismo con temblor fino en manos y sudoración excesiva.

4. Moderado-Grave : ansiedad con manifestaciones físicas importantes (tensión, no puede concentrarse, palpitaciones, insomnio).

5. Grave : estado subjetivo prácticamente constante de temor asociado a fobias, gran inquietud o numerosas manifestaciones somáticas.

6. Extremadamente Grave : ansiedad que altera la vida del paciente y alcanza la crisis de pánico.

3.-RETRAIMIENTO AFECTIVO : incapacidad del paciente de establecer contacto emocional con otras personas y con el entrevistador. Preguntas : dirigidas a evaluar actividad de la vida diaria, si esta aislado, pobreza relacional. Item a valorar con la familia o cuidadores.

0. Ausente.

1. Mínimo. Patología dudosa.

2. Ligero : falta de iniciativa habitual, poco interés por el ambiente inmediato.

3. Moderado : distante del ambiente, pero si se le estimula se puede implicar.

4. Moderado-Grave : claro desapego emocional del ambiente que le rodea, se le puede implicar en la comunicación aunque sea brevemente.

5. Grave : marcado desinterés, pobre comunicación y además frecuente descuido de hábitos personales. Requiere cuidados.

6. Extremo : casi siempre retraído y ensimismado-autista, descuido total de sus hábitos personales.

4.- DESORGANIZACION DEL PENSAMIENTO : confusión, disgregación e incoherencia de los procesos mentales. Ruptura de la secuencia del pensamiento dirigida a un meta, circunstancialidad, tangencialidad, pérdida de las asociaciones, pensamiento ilógico (todo ello valorado a través de la producción verbal del paciente). Preguntas : item de observación del paciente.

0. Ausente.

1. Mínimo. Patología dudosa.

2. Muy Ligero : hay alguna dificultad en dirigir los pensamientos hacia una meta y bajo presión puede evidenciarse pérdida de las asociaciones.

3. Moderado : capacidad de dirigir los pensamientos en comunicación breve y ligera, pero si la comunicación es más compleja se pierden las asociaciones.

4. Moderado-Severo : frecuentes irrelevancias, desconexiones o pérdida de las asociaciones sin ninguna presión.
5. Grave : importantes descarrilamientos, continuas irrelevancias.
6. Extremo : Incoherencia total, con marcada pérdida de las asociaciones, ensalada de palabras, mutismo, fallo total de la comunicación.

5.- SENTIMIENTOS DE CULPA : remordimientos, autorreproches por su pasada conducta. Preguntas : ¿ se siente culpable ? ¿ por malas acciones pasadas ? ¿ se siente poco digno de consideración ? ¿ se considera mala persona ?

0. Ausente.

1. Mínimo. Patología dudosa.

2. Ligeramente : vagos sentimientos de culpa o autorreproches por incidentes mínimos.

3. Moderado : sentimientos de culpa, pero su conducta no esta claramente afectada.

4. Moderado-Severo : fuertes sentimientos de culpa con autodesprecio y que merece castigo (que puede ser delirante).

5. Grave : ideas delirantes de culpa con la creencia de que debe recibir un severo castigo.

6. Extremo : la vida del paciente esta dominada por delirios de culpa y de castigo.

6.- COMPORTAMIENTO MOTOR : manifestaciones físicas y motoras de tensión y "nerviosismo", ansiedad, agitación, temblor, sudoración profusa e inquietud (se trata aquí de signos objetivos y no subjetivos).

0. Ausente.

1. Mínimo .Patología dudosa.

2. Ligeramente : postura y movimientos del paciente indican ligero temor y tensión motora, cambios de postura, fino temblor de manos.

3. Moderado : clara apariencia nerviosa, comportamiento inquieto, manifiesto temblor de manos, sudoración excesiva, tics.

4. Moderado-Grave : marcada tensión con sacudidas, sudoración profusa e inquietud, pero la conducta en la entrevista no esta alterada.

5. Grave : la tensión interfiere las relaciones interpersonales. Incapaz de permanecer sentado o con hiperventilación.

6. Extremo : la gran tensión se manifiesta por pánico o gran hiperactividad motora (agitación). Imposible entrevista prolongada.

7.- ESTEREOTIPIAS Y MANIERISMOS : conducta motora poco usual o extraña. Apariencia forzada, artificial, desorganizada e insólita. (no valorar aquí el simple incremento de la actividad motora). Item de observacion.

0. Ausente.

1. Mínimo. Patología Dudosa.

2. Ligeramente : ligera apariencia forzada de los movimientos o ligera rigidez en las posturas.

3. Moderado : movimientos forzados e inarmónicos, postura artificial de breve duración.

4. Moderado-Grave : movimientos bizarros, postura muy forzada.

5. Grave : frecuentes manierismos y movimientos estereotipados.

6. Extremo : funcionamiento seriamente alterado por manierismos y posturas fijas y artificiales.

8.-MEGALOMANIA : autoestima exagerada, convicción de tener habilidades o poderes poco usuales o fuera de lo corriente (riquezas, conocimientos, fama, etc.). Se valora en función de las expresiones del paciente durante la entrevista acerca de sí mismo o de su relación con los demás. No basarse en su conducta o aspecto. Preguntas : ¿ Se considera que tiene poderes, capacidades ? ¿ Es especial de alguna manera ? ¿ tiene una misión en la vida ? ¿ Se considera superior a la mayoría de las personas ?

0. Ausente.

1. Mínimo. Patología dudosa.

2. Ligeramente : es evidente alguna expansividad o jactancia pero sin claros delirios de grandeza.

3. Moderado : sentimiento de ser distinto y superior con respecto a los demás sin base en la realidad. Escasos delirios poco estructurados acerca de poseer capacidades o un status especial pero que no tienen repercusión sobre la conducta.

4. Moderado-Severo : claros delirios en relación con capacidades, status especial o poderes, que influyen la actitud pero no la conducta.

5. Severo : claros delirios de superioridad que afectan a más de un área de la vida y que condicionan marcadamente las relaciones sociales.

6. Extremo : múltiples delirios de capacidades extraordinarias, riqueza, conocimientos, fama, poder, que dominan el pensamiento, las relaciones sociales y la conducta.

9.- TENDENCIAS DEPRESIVAS : ánimo depresivo (desaliento, tristeza, desvalimiento, pesimismo) en base a la expresión verbal durante la entrevista. No valorar aquí el retardo psicomotor ni las quejas somáticas. Preguntas : ¿ cual es su estado de ánimo habitual ? ¿ triste, feliz, llora a veces ? ¿ ha tenido ideas de hacerse daño, matarse, etc. ?

0. Ausente.

1. Mínimo. Patología Dudosa.

2. Ligero : expresa tristeza y desánimo, pero solo al preguntar. No evidencia de depresión en la actitud o en la conducta.

3. Moderado : sentimientos de tristeza o desánimo referidos de forma espontánea, pero que no tienen repercusión sobre la conducta.

4. Moderado-Severo : marcada tristeza, pesimismo, pérdida de interés social, inhibición psicomotriz. Afectación del apetito y sueño. El paciente es refractario a la estimulación.

5. Severo : continuos sentimientos de sufrimiento, desvalimiento, inutilidad y llanto. Importante alteración del apetito y/o del sueño y de la motricidad. Autoabandono.

6. Extremo : sentimientos depresivos que interfieren marcadamente en la mayoría de las áreas de la vida del paciente. Autoabandono y presencia de posibles delirios de tipo nihilista. Ideas o conductas suicidas.

10.- HOSTILIDAD : animosidad, desprecio, beligerancia y desden por las personas que le rodean. Valorar solo la conducta observada en la entrevista y la información de la familia (la actitud hacia el terapeuta entra en el ítem 14). Preguntas : ¿ le gusta la gente, le molesta, le teme ? ¿ Porqué ?

0. Ausente.

1. Mínimo. Patología Dudosa.

2. Ligero : manifestaciones solapadas de cólera (sarcasmos, falta de respeto, expresiones hostiles, irritabilidad ocasional).

3. Moderado : actitud manifiestamente hostil con expresiones de cólera y resentimiento.

4. Moderado-Severo : muy irritable y a veces ofensivo y amenazante.

5. Severo : falta de colaboración, ofensas o amenazas verbales que influyen notablemente en la entrevista y afectan las relaciones sociales del paciente. Violento pero no hacia los demás.

6. Extremo : hay episodios de violencia hacia los demás. Nula cooperación.

11.- DESCONFIANZA (delirante o no) : ideas, creencias, etc. de carácter exagerado o sin base real, de ser perjudicado por los demás (ej. los demás tienen una actitud maliciosa o discriminatoria hacia el paciente). Se valora el contenido del pensamiento expresado en la visita y su influencia sobre la conducta. Preguntas : ¿ suele tener confianza en la gente ? ¿ desconfía de alguien ? ¿ intentan perjudicarlo ? ¿ la gente habla a sus espaldas ? ¿ porqué ?

0. Ausente.

1. Mínimo. Patología dudosa.

2. Ligero : actitud defensiva o claramente desconfiada, pero los pensamientos, las relaciones sociales y la conducta, no están afectados.

3. Moderado : desconfianza claramente evidente y que se manifiesta en la entrevista y/o conducta, pero no hay evidencia de delirio de perjuicio.

4. Moderado-Grave : marcada desconfianza que ocasiona perturbación importante de las relaciones interpersonales o claros delirios de perjuicio con efecto limitado sobre las relaciones sociales y las conductas.

5. Grave : claros y persistentes delirios de perjuicio que pueden estar sistematizados y que interfieren notablemente en la vida del paciente.

6. Extremo : pensamiento, relaciones sociales y conducta del paciente dominados por una red de delirios de perjuicio sistematizados.

12.- CONDUCTA ALUCINATORIA : la comunicación verbal y la conducta del paciente indican la existencia de percepciones sin objeto, que pueden ser de tipo auditivo, visuales, olfatorias o somáticas. Valorar solo en base a comunicación verbal o conducta en la entrevista y a la información de la familia.

Preguntas : ¿ tiene experiencias extrañas, oye ruidos extraños ? ¿ le parece oír voces ? ¿ alguien quiere comunicarse con Vd ? ¿ tiene comunicaciones personales por medio de la radio, TV ? ¿ A veces siente como si sonaran sus pensamientos en su cabeza, o como si tuvieran eco o como si fueran voces ? Si oye voces : ¿ son de mujer, de hombre, cuantas personas le hablan ? ¿ son voces buenas, malas ? ¿ le insultan ? . Lo mismo respecto de posibles olores extraños, o sensaciones corporales extrañas ?

0. Ausente.

1. Mínima. Patología dudosa.

2. Ligero : alucinaciones claras pero infrecuentes.

3. Moderado : alucinaciones frecuentes pero no continuas. Pensamiento y conducta solo afectados en grado mínimo.

4. Moderado-Grave : alucinaciones frecuentes que afectan a más de una modalidad sensorial y que distorsionan el pensamiento y/o la conducta y además con interpretación delirante de las mismas.

5. Grave : alucinaciones continuas con importantes efectos sobre el pensamiento y la conducta. Las alucinaciones son reales para el paciente y se comporta en función de ellas.

6. Extremo : paciente siempre ocupado con sus alucinaciones que dominan su pensamiento y su conducta. El paciente obedece a mandatos de las alucinaciones.

13.- INHIBICION MOTORA : reducción del nivel de energía con evidente lentitud de movimientos y del lenguaje, disminución de la respuesta a estímulos y del tono motor en general. Se evalúa en función de la conducta del paciente y de la información de la familia pero no de la impresión subjetiva del paciente.

Preguntas : se explora preguntando por la actividad diaria del paciente.

0. Ausente.

1. Mínimo. Patología Dudosa.

2. Ligero : ligera pero apreciable disminución de movimientos y del habla. Paciente poco productivo en habla y en gestos.

3. Moderado : paciente claramente enlentecido, habla pobre con latencia de respuesta aumentada y pausas prolongadas.

4. Moderado-Grave : marcada reducción de la actividad motora con incapacidad en la comunicación o limitación en la actividad social y laboral. Paciente habitualmente sentado o tumbado.

5. Grave : movimientos muy lentos con mínimo de actividad y habla. Paciente la mayor parte del día tumbado, sin actividad productiva alguna.

6 Extremo : paciente casi totalmente inmóvil y apenas responde a estímulos externos.

14.- FALTA DE COLABORACIÓN : actitud de resistencia hacia los deseos de los demás, enemistad, resentimiento, poca cooperación con el terapeuta en la entrevista. El rechazo puede estar relacionado con recelo, actitud defensiva, testarudez, negativismo, rechazo de la autoridad, hostilidad o beligerancia. Valoración a través de lo observado en la entrevista e información de la familia. Preguntas : se explora por la observación en la entrevista y referencias de la familia.

0. Ausente.

1. Mínimo. Patología Dudosa.

2. Ligero : actitud de resentimiento, impaciencia, sarcasmo. Puede poner reparos a colaborar en la entrevista.

3. Moderado : rehúsa colaborar con las demandas sociales habituales. Puede manifestar una actitud hostil, defensiva o negativista, pero que en general no ocasiona problemas.

4. Moderado-Grave : paciente que suele ser considerado por familia-amigos como "difícil de trato". Actitud defensiva en la entrevista e incluso irritabilidad con el terapeuta, con escasa disposición a contestar a las preguntas.

5. Grave : paciente que colabora muy poco, negativista y beligerante. Rehúsa colaborar en demandas sociales. Puede negarse a terminar la visita.

6. Extremo : resistencia activa que interfiere con todas las áreas de funcionamiento. No se implica en cualesquiera actividades sociales. Rehúsa participar en la entrevista.

15.- CONTENIDO DEL PENSAMIENTO (DELIRIOS) : presencia de ideas extrañas, fantásticas, bizarras o grotescas. Pueden oscilar entre lo peculiar o atípico, y lo claramente erróneo, ilógico o absurdo. Se valora a partir de lo expresado en la entrevista. Preguntas : ¿ que piensa acerca de la vida ? ¿ sigue alguna filosofía personal ?

0. Ausente.

1. Mínimo. Patología dudosa.
2. Ligero : contenido del pensamiento peculiar o idiosincrático, o bien ideas normales pero referidas en un contexto extraño.
3. Moderado : ideas distorsionadas y a veces bizarras.
4. Moderado-Grave : muchos pensamientos extraños o fantásticos (como por ej. ser hijo adoptado de un Rey) o marcadamente absurdos (transmisores ocultos que reciben mensajes del espacio, etc)
5. Grave : Ideas absurdas o ilógicas con marcado matiz bizarro (tener tres cabezas, ser un extraterrestre.)
6. Extremo : pensamiento repleto de ideas absurdas, bizarras y grotescas.

16.- EMBOTAMIENTO AFECTIVO : disminución de la expresividad facial, de la modulación de los sentimientos y falta de sintonización afectiva. Se valora a partir de la observación en la entrevista, del tono afectivo y de la respuesta emocional. Preguntas : ítem de observación.

0. Ausente.

1. Mínimo. Patología dudosa.
2. Ligero : expresividad facial y gestualidad tienden a ser forzados, artificiales, sin modulación.
3. Moderado : expresividad facial reducida. Los gestos producen una apariencia de torpeza.
4. Moderado-Grave : afecto "aplanado" con escasas variaciones en la expresividad facial y con pobreza gestual.
5. Grave : afecto "aplanado" marcado, pobreza de emociones. Puede haber intensas manifestaciones afectivas como excitación, furia, risas incontroladas e inapropiadas, pero sin modulación afectiva.
6. Extremo : expresividad facial y gestos ausentes. El paciente está totalmente inexpresivo.

17.- EXCITACION : hiperemotividad, hiperactividad, hipervigilancia, excesivos cambios de humor, agitación, reacciones violentas. Valoración a partir del tono de voz y conducta a través del lenguaje en la entrevista. y por la información de la familia. Preguntas : ítem de observación y a través de la familia.

0. Ausente.

1. Mínimo. Patología dudosa.
2. Ligero : ligera agitación, hipervigilancia o excitación. Ligera presión del habla.
3. Moderado : agitación o excitación es claramente evidente, afectando al habla y a la motilidad. Puede haber accesos esporádicos.
4. Moderado-Grave : significativa hiperactividad o frecuentes accesos de hiperactividad motora. El paciente no puede permanecer sentado mas de unos minutos.
5. Grave : Marcada excitación domina la entrevista, afecta a la atención y a funciones básicas como comer y dormir.
6. Extremo : marcada excitación que interfiere el comer y el dormir y que hace que las interacciones personales sean virtualmente imposibles. Presión del habla muy marcada.

18.- DESORIENTACION : confusión entre personas, lugares y sucesos. (espacio, tiempo, persona, situación). Se explora con preguntas concretas sobre fecha (día, semana, mes, año, estación), lugar (donde se encuentra, barrio, región, país), persona (su lugar en la familia, etc.).

0. Ausente.

1. Mínimo. Patología dudosa.
2. Ligera : orientación general adecuada, pero con fallos en áreas específicas.
3. Moderada : el paciente sabe que esta en un centro sanitario pero desconoce el nombre, sabe en que ciudad esta pero no el barrio, conoce el año y la estación pero no el mes.
4. Moderada-Grave : el paciente solo tiene una vaga noción de donde está. Solo identifica una dato de la fecha actual (por ej. solo el año) pero no el resto.
5. Grave : no sabe donde está, confunde fecha en más de un año y solo puede nombrar una o dos personas de su entorno inmediato.
6. Extremo : totalmente desorientado en espacio, tiempo y persona. Total confusión e ignorancia de donde está, fecha y aún de las personas más allegadas.

Total Sintomas D (1,2,5,6,9,13) : _____

Total Sintomas S (3,4,7,8,10,11,12,14,15,16,17,18) : _____

TOTAL BPRS : _____

PERFIL DE HABILIDADES DE LA VIDA COTIDIANA

L.S.P. (Life Skills Profile Rosen, Hadzi-Pavlovic & Parker 1989 . Traducción y adaptación española por A. Bulbena y P. Fdez de Larrinoa)

1.- ¿ Tiene alguna dificultad en iniciar y responder a una conversación ? (=)

- (4) Ninguna dificultad
- (3) Ligera dificultad
- (2) Moderada dificultad
- (1) Extrema dificultad

2.- ¿ Suele meterse o irrumpir en las conversaciones de otros ? (¿ p.e. interrumpe cuando esta Ud. hablando ?) (#)

- (4) No interrumpe en absoluto
- (3) Ligeramente intrusivo
- (2) Moderadamente intrusivo
- (1) Extremadamente intrusivo

3.- ¿ Está generalmente aislado de contacto social ? (¿ suele frecuentar la relación con otras personas ? ¿ sale con amigos ? o ¿ esta muy encerrado en casa ?) (=)

- (4) No se aísla en absoluto
- (3) Ligeramente aislado
- (2) Moderadamente aislado
- (1) Totalmente (o casi) aislado

4.- ¿ Suele mostrarse afectuoso con los demás ? (o ¿ es muy distante ?) (=)

- (4) Considerablemente cordial
- (3) Moderadamente cordial
- (2) Ligeramente cordial
- (1) Nada cordial en absoluto

5.- ¿ Suele estar normalmente enfadado/a o ser puntilloso/a con otras personas ? (#)

- (4) En absoluto
- (3) Ligeramente
- (2) Moderadamente
- (1) Extremadamente

6.- ¿ Suele ofenderse fácilmente ? ¿ Se enfada enseguida ? (#)

- (4) No se ofende
- (3) Algo rápido en enfadarse
- (2) Bastante presto a enfadarse
- (1) Extremadamente presto a enfadarse

7.- ¿ Suele mirar a las personas cuando habla con ellas ? (=)

- (4) Contacto visual adecuado
- (3) Ligeramente reducido
- (2) Moderadamente reducido
- (1) Extremadamente reducido

8.- ¿ Resulta normalmente difícil entender a esta persona por la forma en que habla ? (p.e. confusa, alterada o desordenadamente) (=)

- (4) Ninguna dificultad
- (3) Ligeramente difícil
- (2) Moderadamente difícil
- (1) Extremadamente difícil

9.- ¿ Suele hablar sobre temas raros o extraños ? (¿ le gustan los temas esotéricos, de tipo místico, o sobre fenómenos OVNI ?) (#)

- (4) En absoluto
- (3) Ligeramente
- (2) Moderadamente
- (1) Extremadamente

10.- ¿ Suele estar generalmente bien presentado ? (p.e. vestido limpio, pelo peinado). Preguntas : ¿ le gusta ir bien vestido, arreglado ? ¿ es algo presumido o por contra mas bien descuidado ? (@)

- (4) Bien Presentado
- (3) Moderadamente bien presentado
- (2) Pobremente presentado
- (1) Muy pobremente presentado

11.- ¿ Suele ser su apariencia personal (aspecto facial, gestos) apropiada para el ambiente en que se mueve ?(suele usar vestimentas, peinados, barba o bigote algo estrafalarios) (#)

- (4) Intachable o apropiada
- (3) Ligeramente inapropiada
- (2) Moderadamente inapropiada
- (1) Extremadamente inapropiada

12.- ¿ Suele lavarse esta persona sin tener que recordárselo ? (**¡Ojo!** : se puede preguntar discretamente a la familia. Sino, preguntas del estilo ¿ le gusta a Vd. ir bien arreglado, aseado o por contra le importa poco su aspecto personal ?) (@)

- (4) Generalmente
- (3) Ocasionalmente
- (2) Raramente
- (1) Nunca

13.- ¿ Suele tener un olor desagradable (p.e. sudor, aliento, ropa) ? (**¡Ojo!** : ítem de observación visual y olfativa. O bien si hay algún familiar, preguntas discretas sobre si se cuida (físicamente o no).) (@)

- (4) En absoluto
- (3) Ligeramente
- (2) Moderadamente
- (1) Mucho

14.- ¿ Suele vestir ropas limpias normalmente, o se asegura de que se limpiarán, si están sucias ? (**¡Ojo!** : ídem que ítem anterior) (@)

- (4) Mantiene limpieza de la ropa
- (3) Moderada Limpieza
- (2) Pobre limpieza de la ropa
- (1) Muy escasa limpieza de la ropa

15.- ¿ Suelen ser descuidado con su salud física ? (¿ le gusta cuidarse, deportes, etc.) (+)

- (4) En absoluto
- (3) Ligeramente descuidado
- (2) Moderadamente descuidado

(1) Muy descuidado

16.- ¿ Mantiene normalmente una dieta adecuada ? (preguntar que suele comer y valorar) (@)

(4) Sin problemas

(3) Ligeros problemas

(2) Moderados problemas

(1) Graves problemas

17.- ¿ Suele estar normalmente atento a tomar personalmente su propia medicación (o hacerse poner las inyecciones prescritas) sin que se le recuerde ? (@)

(4) Muy confiable

(3) Ligeramente no confiable

(2) Moderadamente no confiable

(1) No confiable en absoluto

18.- ¿ Está dispuesto a tomar medicación psiquiátrica cuando se la prescribe el médico ? (@)

(4) Siempre

(3) Normalmente

(2) Raramente

(1) Nunca

19.- ¿ Cooperar esta persona con los servicios de salud (p.e. médicos y/o otros profesionales de la salud) ? (¿ suele visitarse con el medico de cabecera ? ¿ hace lo que le recomienda ?) (@)

(4) Siempre

(3) Normalmente

(2) Raramente

(1) Nunca

20.- ¿ Está normalmente inactivo ?(p.e. ¿pasa mucho de su tiempo sentado, de pie, tumbado, sin hacer nada, algo apalancado, sale poco ?) (+)

(4) Apropiadamente activo

(3) Ligeramente inactivo

(2) Moderadamente inactivo

(1) Extremadamente inactivo

21.- ¿ Tiene intereses definidos (p.e. hobbies, deportes, actividades) en los cuales participa regularmente ? (¿ le gusta su trabajo ? ¿ en que emplea el tiempo libre ? ¿ disfruta con su tiempo libre o por contra se aburre ? ¿ disfruta cuando hace algo en casa o cuando sale ? (+)

(4) Participación considerable

(3) Moderada participación

(2) Alguna participación

(1) No participa en absoluto

22.- ¿ Asiste a alguna organización social (p.e. iglesia, club o grupo de interés, excluyendo los grupos de terapia psiquiátrica)? (+)

(4) Frecuentemente

(3) Ocasionalmente

(2) Raramente

(1) Nunca

23.- ¿ Puede esta persona preparar normalmente (si lo necesita) su propia comida ? (+)

- (4) Bastante capaz de prepararse la comida
- (3) Ligeras limitaciones
- (2) Moderadas limitaciones
- (1) Incapaz de prepararse la comida

24.- ¿ Puede esta persona irse a vivir (si lo necesita) con sus propios medios ? (+)

- (4) Bastante capaz de hacerlo
- (3) Ligeras limitaciones
- (2) Moderadas limitaciones
- (1) Incapaz totalmente

25.- ¿ Tiene problemas (p.e. fricciones, huidas, etc.) viviendo con otros en la familia ? (¿ hay discusiones con su familia ? ¿ hay peleas ? ¿ agresiones ? ¿ si se enfada se marcha de casa ?) (#)

- (4) Sin problemas
- (3) Ligeros problemas
- (2) Moderados problemas
- (1) Graves problemas

26.- ¿ Qué tipo de trabajo sería capaz de hacer (incluso aunque esté desempleado, retirado o haciendo trabajos domésticos no remunerados) ? (+)

- (4) Capaz de hacer un trabajo a tiempo total
- (3) Capaz de hacer un trabajo a tiempo parcial
- (2) Capaz solamente de trabajos protegidos
- (1) Incapaz de trabajar

27.- ¿ Se comporta de manera arriesgada (p.e. ignorando el tráfico cuando cruza la calle) ? (@)

- (4) En absoluto
- (3) Raramente
- (2) Ocasionalmente
- (1) A menudo

28.- ¿ Destruye esta persona propiedades ? (¿ ha tenido problemas con la ley, juicios de faltas, etc o problemas con el vecindario por rotura de objetos, etc.) (*)

- (4) En absoluto
- (3) Raramente
- (2) Ocasionalmente
- (1) A menudo

29.- ¿ Se comporta de forma ofensiva (incluida la conducta sexual) ? (¿ es agresivo habitualmente, falta el respeto a los demás ?) (#)

- (4) En absoluto
- (3) Raramente
- (2) Ocasionalmente
- (1) A menudo

30.- ¿ Tiene esta persona hábitos o conductas que la mayoría de la gente encuentra antisociales (p.e. escupir, dejar colillas de cigarrillos encendidos alrededor, ser desordenado en el baño, comer de una manera desordenada) ? (Preguntar a la familia. Si paciente solo : ¿ suele ser cuidadoso en casa respecto del orden, la limpieza de su habitación, etc. ? ¿ colabora en casa cuando se hace limpieza ?) (@)

- (4) En absoluto
- (3) Raramente
- (2) Ocasionalmente
- (1) A menudo

31.- ¿ Suele perder propiedades personales ? (¿ pierde Vd. objetos de algun valor por descuido o despiste, como su billetero, reloj, anillos etc). (*)

- (4) En absoluto
- (3) Raramente
- (2) Ocasionalmente
- (1) A menudo

32.- ¿ Invade el espacio de otras personas (habitaciones, posesiones personales) ? (¿ entra en la habitación de otras personas de su familia ? ¿ coge sus cosas ?) (*)

- (4) En absoluto
- (3) Raramente
- (2) Ocasionalmente
- (1) A menudo

33.- ¿ Suele coger cosas que no son tuyas ? (¿ alguna vez coge cosas de su familia u otras personas sin su permiso ?) (*)

- (4) En absoluto
- (3) Raramente
- (2) Ocasionalmente
- (1) A menudo

34.- ¿ Es violento con otros ? (¿ se pone Vd. muy irritado, enfadado, o se altera mucho elevando la voz a otras personas de la familia o amistades o vecinos ?) (#)

- (4) En absoluto
- (3) Raramente
- (2) Ocasionalmente
- (1) A menudo

35.- ¿ Se autolesiona ? (¿ suele hacerse cortes, golpes, etc. sintiendo rabia y ganas de hacerlo ?) (*)

- (4) En absoluto
- (3) Raramente
- (2) Ocasionalmente
- (1) A menudo

36.- ¿ Se mete en problemas con la policia ? (¿ alguna vez ha sido detenido o llevado a comisaria ?) (#)

- (4) En absoluto
- (3) Raramente
- (2) Ocasionalmente
- (1) A menudo

37.- ¿ Abusa del alcohol o de otras drogas ? (#)

- (4) En absoluto
- (3) Raramente
- (2) Ocasionalmente
- (1) A menudo

38.- ¿ Se comporta irresponsablemente ? (¿ suele reflexionar sobre las consecuencias de lo que hace ? o bien ¿ hace las cosas sin pensarlas y luego tiene que pagar las consecuencias ?) (*)

- (4) En absoluto
- (3) Raramente
- (2) Ocasionalmente
- (1) A menudo

39.- ¿ Hace o mantiene normalmente amistades ? (=)

- (4) Capaz de hacer amistades fácilmente
- (3) Lo hace con cierta dificultad
- (2) Lo hace con dificultad considerable
- (1) Incapaz de hacer o mantener amistades

ESCALA HAD (Zigmund, A.S. y Snaith, R.P.)

Los médicos son conscientes de que las emociones juegan una parte importante en la mayoría de las enfermedades. Si su médico sabe sobre estos sentimientos podrá ayudarle mejor. Este cuestionario se ha diseñado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente. Ignore los números impresos en la izquierda de la encuesta. Lea cada pregunta y marque con una la respuesta que se acerque más a cómo ha estado sintiéndose en la última semana. No piense demasiado sus contestaciones; su reacción inmediata a cada pregunta probablemente será más exacta que pensar mucho la contestación.

- 1A) Me siento tenso o nervioso :

- 3 Casi todo el día
- 2 Gran parte del día
- 1 De vez en cuando
- 0 Nunca

- 1D) Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre :

- 0 Ciertamente, igual que antes
- 1 No tanto como antes
- 2 Solamente un poco
- 3 Ya no disfruto con nada

- 2A) Siento una especie de temor cómo si algo malo fuera a suceder :

- 3 Sí y muy intenso
- 2 Sí, pero no muy intenso
- 1 Si, pero no me preocupa
- 0 No siento nada de eso

- 2D) Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas :

- 0 Igual que siempre
- 1 Actualmente, algo menos
- 2 Actualmente, mucho menos
- 3 Actualmente, en absoluto

- 3A) Tengo la cabeza llena de preocupaciones :

- 3 Casi todo el día
- 2 Gran parte del día
- 1 De vez en cuando
- 0 Nunca

- 3D) Me siento alegre :

- 3 Nunca
- 2 Muy pocas veces
- 1 En algunas ocasiones
- 0 Gran parte del día

- 4A) Soy capaz de permanecer sentado tranquila y relajadamente :

- 0 Siempre
- 1 A menudo
- 2 Raras veces
- 3 Nunca

- 4D) Me siento lento y torpe :

- 3 Gran parte del día
- 2 A menudo
- 1 A veces
- 0 Nunca

- 5A) Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago :

- 0 Nunca
- 1 Solo en algunas ocasiones
- 2 A menudo
- 3 Muy a menudo

- 5D) He perdido el interés por mi aspecto personal :

- 3 Completamente
- 2 No me cuido como debería hacerlo
- 1 Es posible que no me cuido como debiera
- 0 Me cuido como siempre lo he hecho

- 6A) Me siento inquieto como si no pudiera parar de moverme :

- 3 Realmente mucho
- 2 Bastante
- 1 No mucho
- 0 En absoluto

- 6D) Espero las cosas con ilusión :

- 0 Como siempre
- 1 Algo menos que antes
- 2 Mucho menos que antes
- 3 En absoluto

- 7A) Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor :

- 3 Muy a menudo
- 2 Con cierta frecuencia
- 1 Raramente
- 0 Nunca

- 7D) Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o de TELEVISION :

- 0 A menudo
- 1 Algunas veces
- 2 Pocas veces
- 3 Casi nunca

Revise el cuestionario por si se ha olvidado de responder alguna pregunta

Acta Psychiatrica Scandinavica 67, 361, 1983 Copyright

ESCALA DE GRAVEDAD DE ENFERMEDAD PSIQUIATRICA PARA PACIENTES AMBULATORIOS (GEP P) (Modificada de Lyons J. y cols. Adaptación de A. Zúñiga, y A. Bulbena)

A) SINTOMATOLOGIA (Intensidad y cualidad de Síntomas)

GRAVEDAD DE SINTOMAS PSIQUIATRICOS : dentro del contexto diagnóstico, tanto se trate de síntomas positivos (o productivos, es decir, lo sobrepuesto o sobreañadido de los síntomas) como de los negativos (manifestaciones de deficit de una función que normalmente estaría presente, tanto si se trata de deficit esquizofrénico, como de tipo depresivo/melancólico, como de tipo demencial). **Deben puntuarse ambos.** Intensidad de 0 a 3.

ITEM 1 : SINTOMAS POSITIVOS :

0 . Sin Síntomas : Funcionamiento superior, amplitud de intereses, eficiente socialmente, calidez en las relaciones e integridad. Los problemas de la vida diaria no desbordan al paciente que tiene recursos para afrontarlos. Puede haber algun síntoma transitorio o preocupaciones cotidianas.

1 . Síntomas Leves: Ejemplos : algo de intranquilidad, preocupaciones, nerviosismo con "mal humor", aprensión, miedos, insomnio ligero, tristeza y desánimo solo al ser preguntado.No hay ideación delirante clara.

2. Síntomas Moderados: Ejemplos : nerviosismo con temblor fino, sudoración, palpitaciones. Tristeza y abatimiento evidentes, pesimismo, pérdida de intereses sociales, insomnio de madrugada, fuertes sentimientos de culpa. Animo eufórico, presión del habla leve. Algun tema delirante siempre y cuando no interfiera de manera importante en la conducta, sin fenómenos alucinatorios.

3 . Síntomas Graves : Ejemplos : estado muy constante de temor con fobias, gran inquietud asociada a numerosas manifestaciones somáticas, crisis de pánico, rituales obsesivos graves. Continuos sentimientos de desvalimiento, sufrimiento y desgracia, inutilidad y llanto con importante afectación del apetito y del sueño. Autoabandono, ideas de indignidad hasta el delirio nihilista. Presión del habla grave con gran inquietud y aceleración del pensamiento con conducta hiperactiva. Floridos delirios paranoides de persecución. Alucinaciones e interpretaciones delirantes que pueden influir en la conducta desorganizada o extravagante.

ITEM 2 : SINTOMAS NEGATIVOS. A tres niveles: a) deficits cognitivos con dificultades en la concentración, en el tomar decisiones acerca de los asuntos cotidianos y en la memoria; b) retardo psicomotor con pobreza del lenguaje, reducción en el nivel de actividad y rapidez de las asociaciones, enlentecimiento de la postura, gestos y expresiones faciales; y c) falta de motivación, iniciativa e interés, dificultad en sentir intimidad y proximidad con reducción de la actividad social.

0. Ausencia de Síntomas : No hay ningun sintoma deficitario.

1. Síntomas Leves :

- dificultades de concentración a pesar del esfuerzo, pero no tiene repercusiones en la vida cotidiana ni afectan a la toma de decisiones adecuadas.
- velocidad de la conversación algo reducida con interrupciones, pocos gestos, poca expresividad, lentitud al andar.
- reacciones emocionales escasas y menores deseos de estar con la gente que conoce.

2. Síntomas Moderados :

- dificultad para leer el periodico o seguir un programa entero de TV
- conversación con respuestas breves con pausas prolongadas. Torpeza de movimientos, escasa gesticulación y lentitud al andar.
- Aplanamiento afectivo : no necesita o no puede establecer comunicación con los demás

(en el trabajo, con otros pacientes, etc.), bastante aislado, solitario.

3. Síntomas Graves :

- las dificultades de concentración y memoria se ponen de manifiesto en la entrevista. Las decisiones se toman con un considerable retraso.
- conversación con dificultades que impiden poder acabar la entrevista. Gran lentitud en todos los movimientos.
- indiferencia, apatía incluso con los más allegados. Gran aislamiento social.

ITEM 3 : CUALIDAD DE SINTOMAS :

0. Ausencia de Síntomas

1. **Síntomas Leves** : solo síntomas como reacción a problemas de la vida (adaptativos).
2. **Síntomas Moderados** : síntomas de ansiedad - solos - o asociados a síntomas depresivos no psicóticos. No hay trastornos del comportamiento.
3. **Síntomas Graves** : cualquier tipo de síntoma psicótico (positivo o con ligero defecto), o trastorno de la personalidad grave con trastorno del comportamiento.

B) REPERCUSION PSICOSOCIAL (FUNCIONAMIENTO)

ITEM 4 : AUTOCUIDADO.

¿ Es capaz de realizar su trabajo ?, faenas de casa, etc. ¿ Actividades de la Vida Diaria? ¿ Es capaz de atenderse a sí mismo ? ¿ Higiene personal ? ¿ Administración del dinero ? ¿ Gobierno de la persona en general ? ¿ Hay riesgo inmediatos para sí mismo ?

0. Paciente capaz de hacer frente a sus necesidades básicas (de la vida diaria ej. administrarse el dinero, higiene personal, comida, vestir, etc.)

1. Dificultades leves o moderadas para atenderse a sí mismo (higiene deficiente, mala administración de sus recursos).
2. Graves limitaciones en algun area de su atención personal, pero ello no representa una amenaza de manera inmediata.
3. Nula capacidad para autoatenderse a sí mismo. Requiere supervisión las 24 horas a fin de evitar riesgos.

ITEM 5 : TRABAJO.

¿ Es capaz de sostener un trabajo ?, ¿ Hay dificultades graves con compañeros, jefes, etc. ?; Subempleo crónico ? ¿ Desempleo temporal ?; ¿ Desempleo crónico ? (Valorar teniendo en cuenta la edad y las circunstancias actuales de desempleo en general). ¿ Ha perdido empleos últimamente debido a su patología ? ¿ Precisa rehabilitación para ser contratado o bien trabajo protegido ?.

0. Sin dificultades laborales significativas. No problemas de rendimiento que pongan en peligro su estabilidad laboral. **Ama de Casa** : desarrolla sin dificultades sus labores. **Jubilados** : se ocupa de algunas tareas en casa, sale cada día a pasear, tiene "hobbys".

1 . Dificultades leves : retrasos, absentismo, disminución significativa en el rendimiento, conflictos con superiores o compañeros. Subempleo crónico (subempleo que contrasta con el nivel de preparación). **Ama de Casa** : realiza las tareas del hogar sin motivación y deja de hacer algunas cosas. **Jubilados** : no tiene mucho interés en ayudar en casa, sale poco de casa si no tiene un encargo. Pocos "hobbys".

2 . Desempleo temporal relacionado con su trastorno psiquiátrico. Pierde puestos de trabajo debido a su estado psicopatológico. Si el trastorno remitiera podría volver a trabajar. **Ama de Casa** : no puede realizar las tareas del hogar sin ayuda. Si el problema remitiera, podría volver a realizar sus actividades. **Jubilados** : No sale prácticamente de casa. No tiene "hobbys", ni acude al "hogar de jubilados" ni participa en actividades de tercera edad (excursiones, etc.)

3 . Desempleo crónico relacionado con trastorno psiquiátrico. Precisa de rehabilitación para lograr nivel suficiente de capacitación o trabajo protegido. **Ama de Casa** : incapaz de realizar tareas del hogar que antes estaba a

ITEM 6: FAMILIA. Calidad de las relaciones familiares : ¿ conflictos o peleas ? ¿ Abandonos o fugas del hogar familiar ? ¿ Violencia familiar ?. Se valora tanto en el caso de familia propia como el de familia de origen.

0. Buenas relaciones con familia o personas significativas.

1. Conflictos leves. Pequeñas negligencias en relación a responsabilidades familiares.

2. Conflictos o peleas que terminan en abandono del domicilio por períodos cortos. Contactos mínimos o inexistentes

3. Grave conflictiva familiar con violencia abierta o amenazas de violencia.

ITEM 7 : INESTABILIDAD DE DOMICILIO. ¿ Estabilidad de domicilio ? . ¿ Vida independiente ? ¿ Autonomía económica ? ¿ Vivienda en precario "sin techo"?

0. Paciente con domicilio estable y con capacidad de mantener una vida independiente.

1. Con domicilio estable, pero con dependencia total (económica). No podrían tener un domicilio estable si las personas con quien convive lo rechazasen.

2. Inestabilidad de domicilio, desalojos o desahucio o problemas con la familia o el dueño de la vivienda.

3. Sin domicilio habitual. Vive en la calle o en hogares públicos. Piso protegido.

C) CONDUCTAS DE RIESGO :

ITEM 8 : RIESGO POTENCIAL DE SUICIDIO

¿ Suele pensar en matarse ? (Precisar: desde cuando, actualmente, en el pasado). ¿ Piensa que no vale la pena vivir ? ¿ Desearía estar muerto ? ¿ Intentos activos : con pastillas, etc ?

0. En la actualidad no tiene ideas suicidas, no hay intentos recientes (último mes), ni tiene historia conocida de ideas ni de intentos.

1. En la actualidad no tiene ideas de suicidio, no ha tenido intentos recientes pero sí ha tenido en el pasado ideas o intentos de suicidio (se incluyen ideas de muerte pasiva).

2. Existe evidencia de que tiene ideas suicidas o le preocupa el tema : habla de la muerte o amenazas, pero no ha tenido intentos recientes.

3. Ha habido intentos recientes.

ITEM 9 : PELIGROSIDAD PARA LOS DEMAS

¿ Agresividad física, verbal ? . ¿ Actualmente, en el pasado ? ¿ Historia de agresiones Riesgo de lesiones a terceras personas ?.

0. No se han dado ningun tipo de agresiones (físicas) hacia personas u objetos. No ha habido ninguna agresividad verbal. No hay historia conocida de actos agresivos.

1. No se ha dado agresión física. Sí ha habido agresividad verbal (pero no de tipo homicida). Sí hay historia anterior de agresiones. Conductas equivalentes : conducir en estado de intoxicación. Advertencias de denuncias por parte de familiares o amigos.

2. Hay muestras de agresividad física, pero sin riesgo de lesiones graves.

3. Hay agresiones con riesgo de causar lesiones graves o incluso la muerte. Amenazas de tipo homicida. (se incluyen aquí alucinaciones que ordenan matar o herir).

ITEM 10 : TOXICOMANIAS. (INCLUYE ALCOHOL)

Hay consumo o ¿ necesitaría desintoxicación ?, ¿ El consumo interactua o complica la enfermedad psiquiátrica ?

0. No hay consumo notable ni lo ha habido en el pasado.

1. Abuso en el pasado. Abuso leve que no repercute en la vida diaria o fase de recuperación, mantiene la abstinencia.

2. Abuso moderado grave de drogas que repercute en la vida diaria, con problemas en el trabajo o en la relación familiar, que requiere tratamiento y que interactua o agrava la enfermedad psiquiátrica.

3. Abuso grave de drogas que requiere tratamiento y que interactua o agrava la enfermedad psiquiátrica. Dependencia extrema de drogas con graves complicaciones para la evolución de la enfermedad psiquiátrica.

D) ANTECEDENTES PERSONALES

ITEM 11 : GRADO DE DISFUNCION PREMORBIDO.

¿ Hay problemas antes del momento actual ? ¿ Había un funcionamiento adaptado ? ¿ Había problemas laborales, en el domicilio, familiares ? ¿ Ha necesitado tratamiento antes con su médico de cabecera ? ¿ Se ha visitado en el pasado con psicologo o psiquiatra ? ¿ Ha habido ingresos ?

0. Nunca había padecido "de los nervios" hasta el momento actual. No ha necesitado medicarse con su medico de cabecera de patologia "nerviosa" ni ha precisado de visitarse con un psicologo.

1. En alguna ocasión ha precisado tomar algun tipo de medicación psicotrópica (tipo tranquilizantes, etc.) por crisis situacionales o adaptativas que se resolvieron con ayuda de su medico de cabecera.

2. Ha presentado problemas serios (en el hogar o en el rendimiento laboral) que precisaron tratamiento especializado (psiquiatra, psicólogo, etc.)

3. El paciente ha tenido graves problemas en su funcionamiento familiar, laboral o social, que precisaron uno o varios ingresos en cualquier tipo de institución de Salud Mental.

E) COMORBILIDAD

ITEM 12 : PROBLEMAS MEDICOS

¿ Enfermedades médicas ? ¿ Necesita tratamiento continuado ?, ¿ Agravan o complican la enfermedad psiquiátrica ?.

0. No hay problemas médicos notables o son leves y no precisan tratamiento ni afectan al estado psiquiátrico.

1. Hay enfermedades médicas que requieren tratamiento pero no influyen prácticamente en la

enfermedad psiquiátrica. (artrosis, hipertensión, diabetes, etc.).

2 . Problemas médicos serios que requieren tratamiento y que además complican o aumentan la enfermedad psiquiátrica.

3. Enfermedades médicas que amenazan la vida o que repercuten significativamente en el problema psiquiátrico.

F) COMPLICACIONES RESPECTO AL TRATAMIENTO

ITEM 13 : IMPLICACION FAMILIAR.

¿ Se interesa la familia por la enfermedad o problemática del paciente ? ¿ Lo acompañan a la visita ? ¿ Muestran preocupación, quieren ayudarlo ? ¿ Se implican en el tratamiento ? o lo ignoran. ¿ Hay contactos con la familia ? ¿ El paciente rechaza a la familia o al revés ?

0. El paciente tiene miembros de su familia activamente implicados en su tratamiento (algo más que un mero papel de soporte). Le preguntan por las visitas en el CAP y se interesan por el curso e incluso participan en el mismo si se les solicita.

1. Familia algo implicada en el tratamiento. Alguna vez acompañan a las visitas y muestran interés por el diagnóstico, el curso y el tratamiento.

2. Ningun miembro de la familia implicado en el tratamiento. Hay cierto rechazo de la familia hacia el y muestran un desinterés por el diagnóstico, curso y tratamiento.

3. Paciente sin contactos con la familia o sin familia. Vive solo y aislado.

ITEM 14 : OPOSICION AL TRATAMIENTO.

¿ Se da cuenta de que tiene problemas ? o ¿ Nula conciencia de enfermedad ? ¿ Colabora activamente o se niega a tratamiento ?

0. Paciente interesado en recibir tratamiento, con gran conciencia de enfermedad y que participa activamente.

1. Muestra alguna ambivalencia. A veces participa y a veces reticente.

2. Evidente resistencia al tratamiento. No participa activamente. Expresa poco interes, sin embargo la resistencia es pasiva. Se visita a instancias de su familia. Escasa conciencia de enfermedad.

3. Se niega a seguir tratamiento. Resistencia activa. No quiere visitarse o solo lo hace bajo una gran presión de su familia. Nula conciencia de enfermedad.

ITEM 15 : RAPPORT TERAPEUTICO CON EL PROFESIONAL

0. Desde el inicio (1ª visita) se instaura una buena relación entre paciente y profesional. Existe un buen clima emocional. Hay facilidad para la empatía y entendimiento mutuo. El paciente no despierta ningún genero de sentimientos negativos en el terapeuta o profesional.

1. El clima emocional pacienteterapeuta es inicialmente difícil frío o distante, pero no genera sentimientos negativos en el profesional. En el curso de las primeras entrevistas la dificultad puede ser vencida con el esfuerzo del profesional.

2. El clima emocional pacienteterapeuta, o bien es desde su inicio difícil o surge la dificultad en el transcurso de las primeras visitas, ante las observaciones del terapeuta al paciente en relación a sus problemas. Dicho clima no puede ser superado pero sin que desemboque en hostilidad del paciente o sentimientos de rechazo en el profesional.

3. No es posible ya desde el inicio, una buena relación terapéutica. El paciente despierta en el terapeuta **sentimientos de miedo o temor**, incluso respecto de la posibilidad de ser agredido verbal o físicamente.

TOTAL : _____

EVALUADOR A : _____

EVALUADOR B _____

**ESCALA DE EVALUACION DE LA ACTIVIDAD SOCIAL Y LABORAL.-
DSM -IV (GAFS-M) (Goldman HH, Skodol AE, Lave TR)**

90 Buen funcionamiento en todas la areas, interesado e implicado en una amplia variedad de actividades, efectivo socialmente.

85

80 Ligero deterioro en la actividad social y laboral (p.e. retrasos en el trabajo, conflictos interpersonales poco frecuentes)

75

70 Algunas dificultades en la actividad social y ocupacional (p.e. frecuente absentismo laboral, bajo rendimiento laboral), pero en general el funcionamiento es bastante bueno, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.

65

60 Moderada dificultad en la actividad social y laboral (p.e. tiene pocos amigos, conflictos con compañeros en el trabajo, incapacidad para cumplir las tareas asignadas)

55

50 Serios problemas en la actividad social y laboral (p.e. no tiene ningun amigo, incapacidad para mantener un empleo ni en el nivel mínimo de rendimiento)

45

40 Deterioro muy importante en varias areas : trabajo y relaciones familiares (p.e. evita los amigos, se muestra negligente con la familia, incapacidad total de tener un empleo)

35

30 Incapaz de actividad en la mayor parte de las areas (p.e. se pasa el día en la cama, no tiene trabajo ni casa ni amistades. Relación muy difícil con la familia)

25

20 A veces no puede mantener una mínima higiene personal y es incapaz de vivir de forma independiente

15

10 Incapacidad permanente para mantener la mínima higiene personal. No puede hacer nada sin perjudicarse a sí mismo o a los demás. o sin una dosis considerable de apoyo externo (p.e. cuidado y supervisión de una enfermera).

**REGISTRO DE VISITAS
SUCESIVAS :**

**DATOS CLINICOS Y
FARMACOLOGICOS**

Fecha : ____/____/____

DATOS DEL PACIENTE :

Edad :

Sexo : Hombre Mujer

HISTORIA PSIQUIATRICA :

Fecha Comienzo Primeros Síntomas :..... ____/____/____

Ingresos Psiquiátricos : nº : ____

Año Primera Hospitalización : ____/____/____

Duración de la última Hospitalización :

- 0 - 1 Mes
- 1 - 3 Meses
- 3 - 12 Meses
- > 1 Año

Intentos de Suicidio : Si No

Nº Intentos

Letalidad de los Intentos : Leve Moderada Grave

ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS FAMILIARES :

ExistenSI NO

¿ De que tipo ?Psicótico No Psicótico

TIENE EL PACIENE ACTUALMENTE ALGUNA PRESTACION POR INCAPACIDAD :

SI NO

HOSPITALIZACIONES : fechas y dias de estancia

AGUDOS:

.....

SUBAGUDOS :

.....

HOSPITAL DE

DIA.....

.

CENTRO DE

DIA.....

OTROS RECURSOS COMUNITARIOS :

RESIDENCIAS :

ASOCIACIONES AUTOAYUDA :

TALLERES PROTEGIDOS :

DIAGNOSTICO CIE-10 (ICD - 10 Symptom Cheklist)

(Categoria F)

Principal..... F__.

Secundarios.....F__.

Seguridad en el Diagnóstico :

Alta

Media

Baja

Registro de evaluación multiaxial (DSM IV)

Eje I: Trastornos clínicos

Otros problemas que pueden ser objeto de atención

Código diagnóstico

Nombre DSM-IV

_____._____
_____._____
_____._____

Eje II: Trastornos de la personalidad

Retraso mental

Código diagnóstico

Nombre DSM-IV

_____._____
_____._____

Eje III: Enfermedades médicas

Código o CIE-9-MC

Nombre CIE-10 o CIE-9-MC

_____._____
_____._____

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales

Verificar:

Problemas relativos al grupo primario

Especificar: _____

Problemas relativos al ambiente social

Especificar: _____

Problemas relacionados con la enseñanza

Especificar: _____

Problemas laborales

Especificar: _____

Problemas de vivienda

Especificar: _____

Problemas económicos

Especificar: _____

Problemas relativos al acceso
a los servicios médicos

Especificar: _____

Problemas relativos a la interacción
con el sistema legal o el crimen

Especificar: _____

Otros problemas psicosociales y ambientales Especificar: _____

Eje V: Escala de Evaluación de la actividad global

Puntuación: _____

Período de tiempo: _____

ESCALA DE GRAVEDAD DE ENFERMEDAD PSIQUIATRICA PARA PACIENTES AMBULATORIOS (GEP-P)

(Modificada de Lyons J . Adaptación de A. Zúñiga y A.Bulbena)

DIMENSIONES CLINICAS DE GRAVEDAD EN LA ENFERMEDAD PSIQUIATRICA.-

RESUMEN DE PUNTUACIONES : FECHA : __/__/__

A) SINTOMATOLOGIA (Intensidad y Calidad de Síntomas)

1) Gravedad de Síntomas Positivos

0 1 2 3

2) Gravedad de Síntomas Negativos.....

0 1 2 3

3) Calidad de Sintomas

0 1 2 3

B) REPERCUSION PSICOSOCIAL (FUNCIONAMIENTO)

4) Autocuidado

0 1 2 3

5) Trabajo

0 1 2 3

6) Familia

0 1 2 3

7) Inestabilidad de domicilio.....

0 1 2 3

C) CONDUCTAS DE RIESGO

8) Riesgo Potencial de Suicidio

0 1 2 3

9) Peligrosidad para los Demás

0 1 2 3

10) Toxicomanías

0 1 2 3

D) ANTECEDENTES PERSONALES

11) Grado de Disfunción Premórbida

0 1 2 3

E) COMORBILIDAD

12) Problemas Médicos

0 1 2 3

F) COMPLICACIONES RESPECTO AL TRATAMIENTO

13) Implicación Familiar

0 1 2 3

14) Oposicion al Tratamiento

0 1 2 3

15) Rapport Terapeutico con el Profesional

0 1 2 3

Total : _____

VII. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Alonso J, Angermeyer MC, Bernet S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H y cols. Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 109 (Supl. 420): 8-20.

Amiel-Lebigre F. Psycho-Social determinants for psychiatric hospitalisation for neurotic disorders in women. A case-control study (2003). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38:317-325.

Ahicart C. Técnicas de Medición del Case-Mix Hospitalario. Los procesos productivos en el Hospital y la Medición del producto hospitalario. *Hospital* 2000 (1988); sup 1: 4-22.

Ahicart C. Técnicas de Medición del Case-Mix Hospitalario. Hospital Diagnosis-Groups y GRDs. *Hospital* 2000 (1988); sup 2: 3-22.

Ahicart C. Técnicas de Medición del Case-Mix Hospitalario. AS-SCORE, Patient Severity of Illness, APACHE, Staging Disease, Patient Management Categories. *Hospital* 2000 (1988) sup 3: 3-22.

Ahicart C. Técnicas de Medición del Case-Mix Hospitalario. VA Multilevel Care Groups, Algoritmos genéricos, MD-DADO. *Hospital* 2000 (1989); sup 4: 3-26.

Anderson RL, Lyons JS, West C (2001). The Prediction of Mental Health Services Use in Residential Care. *Community Mental Health Journal*; Aug. 2001, Vol 37, 4.

Anthony WA, Cohen BF (1984): Functional assessment in psychiatric rehabilitation, in *Functional Assessment in Rehabilitation*. En: Goldman HH, Skodol AE, Lave TR (1992). *Revising Axis V for DSM-IV : A review of Measures of Social Functioning*. *Am J. Psychiatry*. 149 :9, Sept 1992 : 1148-1156.

Artaso Irigoyen B, Goñi Sarriés A, Langarica Eserverri M. (2004), Análisis de las primeras consultas en un centro de salud mental. *Anales de Psiquiatría* Vol 20 nº 1: 1-5.

Autonell J. Necesidades de Atención en Salud Mental 2: Frecuencia y Distribución. Trastornos Mentales Graves en España. En "Información para una Planificación de Salud Mental basada en la Evidencia . Salvador-Carulla L, Montero I. Monografías de Psiquiatría. Año 20. Numero 1. Enero-Marzo 2008. Aula Médica Ediciones. Madrid.

Bech P, Kastrup M, Rafaelsen OJ.(1988 ed. española). Breve compendio de las escalas de evaluación para los estados de ansiedad, depresión, manía y esquizofrenia con los síndromes correspondientes en el DSM-III. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 326, Vol 73.

Bech P, Malt UF, Dencker SJ, Ahlfors UG, Elgen K, Lewander T, Lundell A, Simpson GM, Lingjaerde O. Scales for Assessment of Diagnosis and Severity of Mental Disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol 87 (supl.), 372, 1993.

Berrios GE (1985). Positive and Negative Symptoms and Jackson. A conceptual History. Arch Gen Psychiatry, Vol 42, : 95-97.

Bodlund O, Kullgren G, Ekselius L, Lindström E, von Knorring L. (1994). Axis V (Global Assessment of Functioning Scale). Evaluation of a self-report version. Acta Psychiatr Scand 1994; 90: 342-347.

Boot B, Hall W, Andrews G.(1997). Disability, outcome and case-mix in acute psychiatric in-patients units. British Journal of Psychiatry, 171 : 242-246.

Bulbena A, Pompei S, Ollé L, Coletas J. (1997) .Medida de la Gravedad de la Enfermedad Psiquiátrica : hacia el Case-Mix psiquiátrico. Archivos de Neurobiología,

Bulbena A, Berrios GE, Fernandez de Larrinoa P. Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología. Barcelona Masson 2000.

Bulbena Vilarrasa A, Fernandez de Larrinoa Palacios P, Dominguez Panchón AI (1992). Adaptación Castellana de la Escala LSP (Life Skills Profile) Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana. Estructura y Composición Factorial. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr., 20, 2: 51-60.

Burgues V, Fernandez A, Autonell J. Adaptación y Validación Versión Breve de la Escala Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana 20 items. Actas Esp Psiquiatr. 2007, vol 35 (2): 79-88.

Camacho Muñoz M, Ruiz Salcedo MC, Imbernón Gonzalez JJ (1991). Pacientes de alto riesgo de reingreso. Psiquis Vol 12: 305-312.

Casas M. (1991). Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico. Edit. Masson. Barcelona. La versión de los GRDs referenciada y utilizada por nosotros es la 3.0

Casas M, Varela J (1994). Gestión Clínica : instrumentos y potencialidades. Todo Hospital, 105 Abr 1994 : 61-68.

Conde M, Luque A, Mantrana L, Ruiz I (1999). Estudios sobre la evolución de la demanda en un Centro de Salud Mental comunitario, y los factores asociados. Psiquis, 1999; 20 (4):136-142.

Darrel A. Regier y cols (1984). The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program (Historical Context, Major Objectives, and Study Population Characteristics). Arch. Gen. Psychiatry Vol 41, Oct 1984:934-941.

De las Cuevas Castresana C, Gonzalez de Rivera JL, Henry Benitez M, Gracia Marco R. (1991). Perfil Sintomático y Diagnóstico en pacientes psiquiátricos ambulatorios. Psiquis Vol/12/91: 326-336.

Diez C. Curso y Pronóstico de los Tr. Ansiedad. En Ansiedad y Depresión. J. Vallejo y cols.Salvat Editores. Barcelona 1990.

DSM-IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Masson. Barcelona 1995.

Durbin J, Goering P, Pink G, Murray M (1999). Classifying Psychiatric Inpatients: Seeking Better Measures. *Medical Care* 1999; 37:415-423.

Eisen SV, Dill DL, Grob MC (1994). Reliability and Validity of a Brief Patient-Report Instrument for Psychiatric Outcome Evaluation. *Hosp. Community Psychiatry* 1994 ,Vol 45 n3, 242-247.

Eisen SV, Grob MC, Klein AA.(1986). BASIS : The Development of a Self-Report Measure for Psychiatric Inpatient Evaluation. *The Psychiatric Hospital*, Vol 17, 4 : 165171.

Endicott, J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J, (1976). The Global Assessment Scale. A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance. *Arch Gen Psychiatry*. Vol 33, Jun 1976 : 766-771.

Fernandez de Larrinoa P, Bulbena Vilarrasa A, Dominguez Panchón AI (1992). Estudio de Fiabilidad, Validez y Consistencia Interna de la Escala LSP (Life Skills Profile) Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.* 20, 2 : 71-75.

Fetter RB y cols (1980). Case-Mix Definition by Diagnosis-Related Groups. *Med. Care* 1980; 18 (sup): 1-53.

Fetter RB, Schneider K, Lichtenstein J, Freeman JL, Brand D y cols. Development of an ambulatory Patient Classification system. HSMG/SOM/Yale University, 1987.

Figuerido Poulain JL y otros .Estudios de Evolución e indicadores de pronóstico en la Esquizofrenia, en Cronicidad en Psiquiatria. Gutierrez Fraile, M y otros. Monografías de Neurociencias nº 8 Barcelona.1997.

Freiman MP, Mitchell JB, Rosenbach ML, An Analysis of GRD based Reimbursement for Psychiatric Admissions to General Hospitals. *Am J Psychiatry* (1987); 144:5.

Fry RPW, Stones RW.(1996). Hostility and Doctor-Patient Interaction in Chronic Pelvic Pain. *Psychoter Psychosom* 1996 ;65 : 253-257.

García LJ, Alonso M, Salvadores J, Alonso PS, Muñoz P, Blanco AM. Estudio comparativo entre población normo e hiperfrecuentadora en un centro de salud. *Aten Primaria*. 1996; 18:484-9.

Gonella JS y cols.(1984) .Staging of Disease : A Case Mix measurement.. *JAMA* 1984 ; 251 : 637-644.

Goldman HH, Skodol AE, Lave TR (1992). Revising Axis V for DSM-IV : A review of Measures of Social Functioning. *Am J. Psychiatry*. 149 :9, Sept 1992 : 1148-1156.

Goldman HH, Gattozzi AA, Taube CA.(1981). Defining and Counting the Chronically Mentally Ill. *Hospital and Community Psychiatry*, Vol 32, 1 jan 1981 : 21-27.

Gonzalez-Pinto A, y otros. Curso y Evolución en el Tr. Bipolar. En *Cronicidad en Psiquiatría*. Gutierrez Fraile, M y otros. Monografías de Neurociencias nº 8 Barcelona.1997.

Gonzalez de Rivera JL, de las Cuevas C, Gracia-Marco R, Henry-Benítez M, Rodríguez-Pulido F, Monterrey AL (1991). Age, Sex, and Marital Status Differences in Minor Psychiatric Morbidity. *Eur. J. Psychiatr.* Vol 5, nº 3: 166-176.

Gonzalez de Rivera JL, De las Cuevas C, Gracia-Marco R, Monterrey AL, Rodríguez-Pulido F, Henry-Benítez M, (1990). Morbilidad psiquiátrica menor en la población general de Tenerife. *Psiquis.* 1990. Vol XI:11-22.

Gordon RE, Pearl Jardiolin, Gordon KK (1985). Predicting Length of Hospital Stay of Psychiatric Patients. *Am J Psychiatry* 142:2.

Gruber JE (1982). Paths and gates: the sources of recidivism and length of stay on a psychiatric ward. En: Horn SD et al. (1989) .*Psychiatric Severity of Illness. A Case-Mix Study*. *Medical Care*, Jan 1989, vol 27 : 69-84

Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. *Tratado de Psiquiatría*. 3ª Edición. Masson. Barcelona 2000.

Harding CM y cols (1987). The Vermont Longitudinal Study of Persons With Severe Mental Illness, I : Methodology, Study Sample, and Overall Status 32 Years Later. *Am J. Psychaitry*, 144 : 6 June.1987 : 718-726.

Harding CM y cols (1987). The Vermont Longitudinal Study of Persons With Severe Mental Illness, II : Long-Term Outcome of Subjects Who Retrospectively Met DSM III Criteria for Schizophrenia. *Am J. Psychiatry*, 144 : 6, June1987 : 727-735.

Harding TW, de Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ladrado-Ignacio L, Srinivasa Murthy R, Wig NN. (1980), Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*, 1980, 10: 231-241.

Haro JM, Salvador-Carulla L, Cabasés J, Madóz V, Vázquez-Barquero JL, and Psicost Group. (1998). Utilisation of Mental health services and costs of patients with schizophrenia in three areas of Spain. *The British Journal of Psychiatry* Oct 1998 Vol 173, pp 334-40.

Haro JM. Necesidades de Atención en Salud Mental 1: Frecuencia y distribución. Trastornos mentales comunes en España. En "Información para una Planificación de Salud Mental basada en la Evidencia . Salvador-Carulla L, Montero I. Monografías de Psiquiatría. Año 20. Numero 1. Enero-Marzo 2008. Aula Médica Ediciones. Madrid.

Harris CE, Barraclough B (1998). Excess Mortality of Mental Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173 : 11-53.

Health Care Reform for Americans with Severe Mental Illnesses: Report of the National Advisory Mental Health Council (1993). *Am. J. Psychiatry* 150:10, October, 1447- 1465.

He XZ, Lyons JS, Heinemann AW (2004). Modeling crisis decision-making for children in state custody. *General Hospital Psychiatry*, 26 (2004):378-383.

Hibberd T, Trimboli F. Correlates of successful short-term psychiatric hospitalization. En: Horn SD et al. (1989) .*Psychiatric Severity of Illness. A Case-Mix Study*. *Medical Care*, Jan 1989, vol 27 : 69-84

Horn SD et al. (1989) .*Psychiatric Severity of Illness. A Case-Mix Study*. *Medical Care*, Jan 1989, vol 27 : 69-84

Horn SD, Horn RA, Reliability and validity of de the Severity of Illness Index. *Med Care* (1986); 24: 159-178.

Horn SD, Sharkey PD, Bertrand DA. Measuring Severity of Illness: Homogeneous Case-Mix Groups. *Med Care* (1983); 21:14-30.

Horn S, Buckle J, Carver C. Ambulatory Severity Index: development of an ambulatory case-mix system. *J Ambul Care Mgmt* 1988; 11:53.

Horn SD, Chachich B, Clopton C. Measuring Severity of Illness: a reliability study. *Med Care* (1983); 21: 705.

Jenkins R, Bebbington P, Brugha TS, Farrell M, Lewis G, Meltzer H.(1998). British Psychiatric Morbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 173 : 4-7.

Jenkins R, Smeeton N, Shepherd M (1988). Classification of Mental Disorder in Primary Care. *Psychological Medicine. Monograph Supplement [Psychol Med Monogr Suppl]* 1988; Vol. 12, pp. 1-59.

Juncosa S y Bolibar B. (1997). Un sistema de Clasificación de pacientes para nuestra Atención Primaria : los ambulatory care groups (ACGs). *Gaceta Sanitaria* 1997; 11 : 83-94.

Juncosa S, Carrillo E y cols.(1996). Sistemas de Clasificación en grupos de Iso-Consumo (case-mix) en atención ambulatoria. *Perspectivas para nuestra atención primaria. Atención Primaria* vol. 17 num 1 Enero 1996.

Kessler R y cols (1994) . Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM III R Psychiatric Disorders in the United States. *Arch. Gen. Psychiatry* Vol. 51 Jan : 8-19.

Kessler R y cols (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* Vol 62, June 2005.

Lanteri LG, (1984). Clasificación y Semiología. En "Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría" 5ª Edición. Vallejo Ruiloba J Masson Barcelona 2002.

Lavik NJ. Utilization of mental health services over a given period (1983). *Acta Psychiatr Scand*, 67: 404- 413.

Leiva A, Ezquiaga E, Torija A, Avellón M. (1998). Calidad de Vida como indicador evolutivo en trastornos afectivos según subtipos clínicos. *Arch Neurobiol (Madrid)* 1998 ; 61(1) : 31-40.

Llorente S, López T, García LJ, Alonso S, Alonso P, Muñoz P. Perfil del hiperfrecuentador en un centro de salud. *Aten Primaria*, 1996; 5:579-83.

Luborsky L, Bachrach H. (1974). Factors Influencing Clinician's Judgments of Mental Health. *Arch Gen Psychiatry*, Vol 31, Setp 1974 : 292-299

Lyons, JS y cols. Predicting Readmission to the Psychiatric Hospital in a Managed Care Environment : Implications for Quality Indicators. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 337-340.

Lyons J. PSYMON. An outcomes Management/Decision Support System for acute Psychiatric Services. Mental Health Services and Policy Program. Department Of Psychiatry & Behavioral Sciences. Northwestern University Medical School, 1994.

Menchon JM . Curso y Pronóstico de los Tr. Afectivos. En *Ansiedad y Depresion*. J. Vallejo y cols. Salvat Edittores. Barcelona 1990.

Mezzich JE, Evanczuk KJ, Mathias RJ, Coffman GA. (1984). Admission Decisions and Multiaxial Diagnosis. *Arch Gen Psychiatry*, Vol 41, Oct 1984.

Mitchell JB, Dickey B, Liptzin B, Sederer LI. Bringing Psychiatric Patients Into the Medicare Prospective Payment System: alternatives to GRDs. *Am J. Psychiatry* 144; 5 Mayo 1987: 610-615.

Moreno Küstner, B (1998) .Análisis de Patrones de Utilización de Servicios en Pacientes Esquizofrénicos. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.Septiembre 1998.

Muñoz Rodriguez PE (2005). "Epidemiología de los Trastornos Mentales". En Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. *Tratado de Psiquiatría*. Ars Medica. Barcelona 2005.

Mulder CL, Koopmans GT, Lyons JS (2005). Determinants of Indicated Versus Actual Level of Care in Psychiatric Emergency Services. *Psychiatric Services*, April 2004 Vol 56 nº 4: 452-458.

Myers JK y cols.(1984). Six-Month Prevalence of Psychiatric Disorders in Three Communities (1980 to 1982). *Arch. Gen. Psychiatry* Vol 41 Oct : 959-967.

OMS (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. MEDITOR. Madrid 1992.

OMS (1996). The multiaxial presentation of ICD-10 for use in adult psychiatry. World Health Organization. MEDITOR. Madrid 1996.

Oiesvold T, Saarento O, Sytema S, Christiansen L, Göstas G, Lönnerberg O, Muus S, Sandlund M, Hansson L. The Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry-length of in-patient stay. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100:220-228. Munksgaard 1999.

Ortega MA, Roca G, Iglesias M, Serrano JM. Pacientes hiperfrecuentadores de un centro de atención primaria: características sociodemográficas, clínicas y de utilización de servicios sanitarios. *Aten Primaria*. 2004;33:78-85.

Overall JE, Gorham DR (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep*, 10:799-812.

Palao D, Jodar I, Lopez C, Márquez M. (1996). Estudio de morbilidad durante 9 meses en un nuevo Centro de Salud Mental. *Revista Psiquiatría Fac. Med. Barna.*, 23 (2): 41-46

Pinel P, (1798). *Nosographie Philosophique, ou de la méthode de l'analyse appliquée à la médecine*. En "Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría" 5ª Edición. Vallejo Ruiloba J Masson Barcelona 2002.

Quemada Ubis y cols (1994). *Manual de Entrevista Clínica Psiquiátrica*. Bilbao.

Robins LN y cols (1984). Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Three Sites. *Arch. Gen. Psychiatry* Vol 41, Oct : 949- 958.

Rojo JE (2002) "Clasificaciones en Psiquiatría". En "Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría" 5ª Edición. Vallejo Ruiloba J Masson Barcelona 2002.

Rosen A, Hazdi-Pavlovic D, Parker G (1989). The Life Skills Profile : a measure assessing function and disability in Schizophrenia. *Schizophr Bull* 1989; 15:325-337.

Rupp A, Steinwachs DM, Salkever DS. Hospital payment effects on acute inpatient care for mental disorders. En: Horn SD et al. (1989) .*Psychiatric Severity of Illness. A Case-Mix Study*. *Medical Care*, Jan 1989, vol 27 : 69-84

Salvador L, Seguí J, Abarca E, Humbert MS. (1986). Validez de una versión española de la Escala de Evaluación Global (GAS). *Rev Depto Psiquiatría Facultad de Med. Barcelona*, 13, 2: 73-80.

Salvador-Carulla L, Haro JM, Cabaesés J, Madoz V, Sacristán JA, Vázquez-Barquero JL (1999) PSICOST Group. Service utilization and costs of first-onset schizophrenia in two widely differing health areas in North-East Spain. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100:335-343.

Salvador-Carulla L, Montero I. Información para una Planificación de Salud Mental basada en la Evidencia. *Monografías de Psiquiatría*. Año 20. Numero 1. Enero-Marzo 2008. Aula Médica Ediciones. Madrid.

Sicras Mainar A, Rejas Gutierrez J, Navarro Artieda R, Serrat Tarrés J, Blanca Tamayo M, Díaz Cerezo S. Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan

atención por problemas mentales en asistencia primaria. Gaceta Sanitaria, Agosto 2007, Vol 21, 4:306-313.

Schanding D, Siomopoulos V, Godbole A, Smith M. Readmissions to a general hospital's psychiatric unit. En: Horn SD et al. (1989) .Psychiatric Severity of Illness. A Case-Mix Study. Medical Care, Jan 1989, vol 27 : 69-84

Schneider KC, Lichtenstein JL, Fetter RB, Freeman JL, Newbold JC. The New ICD-9 –CM Ambulatory Visit Groups, Classification Scheme. Definitions Manual. HSMC/SOM/Yale University. 1986.

Schneider D. An Ambulatory Care Classification System: Design, Development and Evaluation. Health Services Research 1978; 14:77-87.

Seva-Diaz A, Seva Fernandez A (2003). GRDs Psiquiátricos: Una Investigación Pendiente. European J of Psychiatry, Vol 17, nº 1: 49-63.

Shapiro S y cols (1984). Utilization of Health and Mental Health Services. Three Epidemiologic Catchment Area Sites. Arch. Gen. Psychiatry Vol 41, Oct 1984 : 971-978.

Slade M, Powell R, Strathdee G. (1997). Current approaches to identifying the severely mentally ill. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 32 : 177-184.

Slade M, Cahill S, Kelsey W, Powell R, Strathdee G. Threshold 2: the reliability, validity and sensitivity to change of the Threshold Assessment Grid (TAG). Acta Psychiatr Scand 2002: 106:453-460.

Sloan KL, Montez-Rath ME, Spiro A, Christiansen CL, Loveland S, Shokeen P, Herz L, Eisen S, Breckenridge JN, Rosen AK. Development and Validation of a Psychiatric Case-Mix System. Medical Care Vol 44, 6 :568-580. June 2006

Spitzer RL, Forman JBW (1979). DSM-III field trials, II:initial experience with the multiaxial system. Am J Psychiatry 1979; 136:818-820.

Stengel E, (1959): Classification of mental disorders. En "Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría" 5ª Edición. Vallejo Ruiloba J Masson Barcelona 2002.

Sullivan, G, Young AS, Morgenstern H (1997). Behaviors as risk factors for rehospitalization : implications for predicting and preventing admissions among the seriously mentally ill. Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 32 : 185-190.

Sytema S, Balestrieri M, Giel R, ten Horn GH, Tansella M. Use of mental health services in south Verona and Groningen. A comparative case-register study. Acta Psychiatr Scandinavica. 1989 Feb; Vol 79, 2:153-62.

Sytema S, Micciolo R, Tansella M. Service utilization by schizophrenic patients in Groningen and South-Verona: an event-history analysis. Psychological Medicine. 1996 Jan; Vol 26 (1): 109-19.

Sytema S, Burgess P. Continuity of care and readmission in two service systems: a comparative Victorian and Groningen case-register study. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 212-219.

Taube C, Lee ES, Forthofer RN. GRDs in Psychiatry. An Empirical Evaluation. *Med Care* (1984); 22:597-610.

Taube CA, Thompson JW, Burns BJ, Widem P, Prevost C. Prospective payment and psychiatric discharges from general hospitals with and without psychiatric units. En: Horn SD et al. (1989) .Psychiatric Severity of Illness. A Case-Mix Study. *Medical Care*, Jan 1989, vol 27 : 69-84.

Tejero Pociello A, Guimerá Querol EM, Farré Martí JM, Peri JM. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica : Un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev. Depto. Psiquiatría Facultad de Med. Barcelona*, 13,5:233-238.

Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. 5ª Edición. Masson Barcelona 2002.

Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C. Tratado de Psiquiatría. Ars Medica. Barcelona 2005.

Vazquez-Barquero JL, Peña C, Díez Manrique JF, Liaño Rincón A.(1991). Perfiles de riesgo de enfermedad mental en la población general. *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 19, 1:62-76.

Vazquez-Barquero JL, García J, Simón JA, Iglesias C, Montejo J, Herran A y cols. Mental health in primary care. An epidemiological study of morbidity and use of health resources. *Br J Psychiatry*. 1997; 170:529-35.

Verhaegen L. Sociodemographic profile and types of psychiatric patient care management in the Brussels area. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 1993, Vol 41, 4:298-305.

Vogel S, Huguelet P. Factors associated with multiple admissions to a public psychiatric hospital. *Acta Psychiatr Scand* 1997;95:244-253. Munksgaard 1997.

Weiner JP y cols (1991). Development and Application of a Population-Oriented Measure of Ambulatory Care Case-Mix. *Med Care* 1991; 29:452-472

World Health Organization, "The multiaxial presentation of ICD-10 for use in adult psychiatry". Meditor. 1996

Young W, Swinkola R, Zorn D. The Measurement of Hospital Case-Mix. *Med. Care* 1982; 20:501-512.

Zigmond AS, Snaith RP. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr.Scand.*, 67:361-370.