Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría
ISSN: 0211-5735
aen@aen.es
Asociación Española de Neuropsiquiatría
España

González Cases, Juan; López, Rafael Cristina; de la Hoz Garcimartín, Ángeles; Hernández Blázquez, Mar; Jiménez Rodríguez, José Luis; Orts Jiménez, Mariano; Rosillo Herrero, Marta; Rullas, Margarita; Salamero Platas, Carlos

Análisis de la efectividad de los Centros de Rehabilitación Psicosocial

Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. 36, núm. 129, 2016, pp. 139-155
Asociación Española de Neuropsiquiatría
Madrid, España

Disponible en: http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265045577009

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2016; 36(129):139-155
doi: 10.4321/S0211-57352016000100009

# Análisis de la efectividad de los Centros de Rehabilitación Psicosocial

## Analysis of the effectiveness of Psychosocial Rehabilitation Centers

Juan González Cases, Rafael Cristina López, Ángeles de la Hoz Garcimartín, Mar Hernández Blázquez, José Luis Jiménez Rodríguez, Mariano Orts Jiménez, Marta Rosillo Herrero, Margarita Rullas, Carlos Salamero Platas

*Centros de Rehabilitación Psicosocial de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental de la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid, España*

*Correspondencia: jgcases@grupoexter.com*

Recibido: 13/01/2015; aceptado con modificaciones: 25/01/2016

**Resumen:**

*Introducción:* Los Centros de Rehabilitación Psicosocial para personas con trastorno mental grave son recursos de la red pública de atención social de la Comunidad de Madrid. A pesar de su larga tradición son pocos los estudios que intentan evaluar su efectividad. En el presente trabajo se analizan retrospectivamente los resultados obtenidos en tres dominios centrales en la recuperación: el funcionamiento psicosocial, la calidad de vida y la discapacidad.

*Material y método:* Se analizan las 3173 puntuaciones de 1457 personas atendidas durante 5 años (2008-2012) en 10 Centros de Rehabilitación Psicosocial. Se utilizaron los siguientes instrumentos: cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos de elaboración propia, *Satisfaction with Life Domain Scale* (SLDS), Escala de Evaluación del Funcionamiento Global (EEFG) y *WHO Short Disability Assessment Schedule* (WHO DAS-S).

*Resultados:* Se observan correlaciones estadísticamente significativas entre todas las me-

didas de los diferentes instrumentos y la duración de la estancia en los centros, de tal forma que a más tiempo de intervención se obtienen mejores resultados, al menos durante los primeros 5 años. Desagregando los datos por sexo se constata que las mujeres mejoran más y más rápido que los hombres.

*Conclusiones:* Las personas que son atendidas en los Centros de Rehabilitación Psicosocial mejoran en calidad de vida, funcionamientos psicosocial y discapacidad. Esa mejoría es más pronunciada en los primeros cinco a ocho años de intervención y es mayor en mujeres que en hombres.

**Palabras clave:** personas con enfermedad mental, rehabilitación, resultado del tratamiento.

**Abstract:**

*Introduction:* Psychosocial Rehabilitation Centres for people with severe mental illness form part of the public network of social services in the Community of Madrid. Despite their long history in that region, few studies have attempted to evaluate their effectiveness. The present study retrospectively analyzes results obtained in three central domains of recovery: psychosocial functioning, quality of life and disability.

*Material and methods:* 3173 scores of 1457 people who received treatment over 5 years (2008-2012) in 10 Psychosocial Rehabilitation Centres were analyzed. The following instruments were used: an in-house questionnaire of social, demographic and clinical data, the Satisfaction with Life Domain Scale (SLDS), the Global Assessment of Functioning Scale (GAF) and the World Health Organization's Short Disability Assessment Schedule (WHO DAS-S).

*Results:* Statistically significant correlations were drawn between the measures in all instruments and the total duration of treatment received at the centres. Longer time in treatment was associated with improved results at least over a five-year period. When the data were stratified by sex, women improved more overall and at a faster rate than men.

*Conclusion:* People who received treatment at Psychosocial Rehabilitation Centres improved in terms of quality of life, psychosocial functioning and disability. This improvement was more pronounced within the first five to eight years of intervention and was greater in women than in men.

**Key words:** mental illness, rehabilitation, treatment outcome.

## Introducción

En el siguiente estudio se analiza la efectividad de los Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS en adelante) pertenecientes a la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental de la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid, cuyo objetivo principal es la recuperación del mayor grado de autonomía personal y social, la inclusión comunitaria y el apoyo y asesoramiento a las familias.

Son muchos los estudios que avalan la rehabilitación psicosocial en su conjunto como una de las alternativas de intervención con personas con trastorno mental grave (TMG en adelante) (1). Sin embargo, la evaluación de resultados es sin duda una asignatura pendiente. Diferentes intervenciones y programas de rehabilitación psicosocial se encuentran incluidos en las recomendaciones de las principales guías de práctica clínica en el TMG (2-4). Ya en 2000, Vázquez y cols. (5) plantearon que se debe fundamentar y demostrar la efectividad de estos servicios para justificar la dotación de recursos económicos.

Determinar en qué medida los recursos de atención son servicios efectivos y eficientes no es tarea fácil pero, sin duda, las aportaciones que sobre este análisis se hagan son de especial interés. Otras aspiraciones interesantes son poder definir qué tipo de persona se beneficiará más de la intervención y la búsqueda de indicadores de mejoría para realizar mejores evaluaciones del proceso de rehabilitación.

Dentro de los estudios sobre la evaluación de resultados en rehabilitación psicosocial merece especial atención el estudio realizado por Muñoz y otros (6) en colaboración con la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid para evaluar el Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental grave y duradera 2003-2007. Este incluye la evaluación de resultados entendida como el análisis de los efectos que tiene un determinado programa sobre la población a la que va dirigido. Este tipo de evaluación no se centra solo en los resultados inmediatos, sino que también se interesa por los resultados intermedios y a largo plazo (7).

Este estudio estableció los indicadores comunes para evaluar los resultados de los distintos recursos del mencionado Plan: *satisfacción*, *calidad de vida* y *funcionamiento psicosocial.* Se consensuaron una serie de instrumentos de evaluación para aplicar en los distintos servicios: *Satisfaction with Life Domain Scale (SLDS)* (8), *Global Assessment of Functioning (EEFG)*(9), *Short Disability Assessment Schedule (WHO DAS-S)*(10), que son la base de la recogida de datos del trabajo que se presenta. A escala internacional, la heterogeneidad de dispositivos y la desigualdad en la puesta en marcha de políticas de salud mental que provisionan servicios comunitarios dificultan y diluyen la búsqueda de resultados sobre la efectividad de

los recursos de rehabilitación psicosocial. A ello hay que añadir la heterogeneidad en los instrumentos utilizados para medir los resultados y la falta de consenso para utilizar herramientas estandarizadas que den cuenta de resultados a nivel global. Los datos de los que se dispone se limitan al recuento cuantitativo de la existencia de recursos relacionados con la salud mental y la rehabilitación psicosocial en diferentes países recogidos en el Atlas de la Organización Mundial de la Salud (11).

Sin embargo, en los últimos años se ha realizado un especial esfuerzo a nivel internacional por definir las dimensiones a evaluar y diseñar instrumentos específicos que den cuenta de los resultados directos de las intervenciones sobre las personas beneficiarias de servicios sociosanitarios. Un ejemplo relevante de evaluación global de la asistencia es el estudio EPSILON (*European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs)*(12). Entre los objetivos de dicho estudio estaba el de traducir y adaptar instrumentos de evaluación e investigación para su uso en cinco países europeos incluyendo España (13).

En esta línea de la evaluación de resultados requieren especial mención las acciones prioritarias que se desprenden del Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud (14) acerca de la mejora de la capacidad de investigación de los estados miembros para evaluar los servicios y programas de atención en salud mental.

Por otro lado, durante las últimas décadas ha aumentado el interés por estudios sobre TMG y género. La mayoría de los estudios señalan mejores resultados en funcionamiento social en mujeres, tanto en el ajuste premórbido como en la evolución posterior, y en todas las dimensiones del funcionamiento social, especialmente en las que tienen que ver con la autonomía y la ocupación. Este mejor nivel de desempeño no parece explicarse sólo por el peso de las tareas del hogar en las dimensiones de autonomía y ocupación y su mayor desempeño por las mujeres, ya que las mujeres también suelen obtener mejores resultados cuando se trata de empleo remunerado (15). Algunos autores señalan que en el caso de las mujeres, los roles sociales asignados parecen resultar más flexibles, permitiendo una mayor gradación en la asunción de responsabilidades acorde con su situación (asunción parcial o total de roles domésticos, trabajos remunerados a tiempo parcial o total, etc.). Es decir, que las mujeres aprovechan más los niveles intermedios de ocupación. Respecto a la atención en los servicios de urgencia psiquiátrica, se constata la utilización con mayor frecuencia en hombres (mayores tasas de deprivación social, aislamiento y consumo de sustancias, así como trastornos de personalidad) (16). En cuanto a los recursos de rehabilitación psicosocial, los datos apuntan a diferencias en las características y en el número de hombres y mujeres que llegan a estos dispositivos. En el caso de los CRPS, los datos indican que acceden menos mujeres que hombres, y las mujeres suelen ser mayores, con más años de evolución y con menor cualificación profesional (17).

En este estudio se utilizó la información registrada a través de los cuestionarios de evaluación de los servicios, prescritos desde la administración responsable, y recogida durante 5 años.

Los objetivos son:

1. Realizar la evaluación de los resultados de los CRPS respecto al funcionamiento global, discapacidad y calidad de vida.
1. Comparar los resultados en función del sexo y los años de intervención.

Aunque se trate de un análisis parcial de estos resultados, se pretende contribuir al debate entre profesionales e investigadores sobre la evaluación de resultados en programas de rehabilitación psicosocial y, en especial, de la atención dispensada desde los CRPS.

## Método

### *Diseño*

El estudio utiliza un diseño descriptivo retrospectivo sobre las medidas de los instrumentos de evaluación aplicados en diez CRPS en un periodo de cinco años (2008-2012). Los CRPS participantes fueron los de Alcalá de Henares, San Fernando de Henares, La Elipa, Martínez Campos, Retiro, Carabanchel, Barajas, Aranjuez, Villaverde y Los Cármenes. Cada año se deben aplicar los instrumentos de evaluación al máximo número de usuarios atendidos en el CRPS. El cuestionario de Calidad de Vida (SLDF) es cumplimentado por la propia persona y los otros dos, EEFG y WHO DAS-S, por el profesional del CRPS responsable del caso.

### *Muestra*

La muestra estaba compuesta por todas las personas atendidas en diez CRPS durante el periodo de 1 de enero de 2008 a 31 de diciembre de 2012 (1457 personas). El total de medidas, si se hubiesen aplicado cada año a todas las personas atendidas en cada centro, sería de 4165. Se recopilaron 3173 medidas diferentes (76,1% de las posibles) aunque no todas las personas tenían completados los tres instrumentos de medida en cada año de evaluación. No todas las personas tienen el mismo número de evaluaciones ya que unas habrían estado en los CRPS los 5 años del estudio y otras menos años. Su distribución fue la siguiente: 2378 puntuaciones del instrumento de Calidad de Vida (SLDF), 3047 del EEFG y 2936 del WHO DAS-S. El 35,1% de las mediadas corresponden a mujeres y el 64,9% restante a hombres.

El perfil de la muestra corresponde a un 65% de hombres y a un 35% de mujeres, de una edad media de 41 años. El 29% con estudios completos de Bachiller

Elemental/EGB (2ª etapa)/ESO; el 22,2% Bachiller Superior/BUP/COU/Bachillerato y el 20% Bachiller Elemental/EGB (1ª etapa). En cuanto al tipo de convivencia, la más frecuente es la convivencia con ambos padres (37%), seguida de la convivencia con solo uno de ellos (27%), solo (13,1%) y con cónyuge (7,3%). El diagnóstico más frecuente es esquizofrenia (60%), seguido de otros trastornos psicóticos en el 16,1% de los casos y de trastorno de personalidad en el 9,6%. El tiempo medio de evolución del trastorno psiquiátrico hasta el acceso en el CRPS es de 14 años.

*Instrumentos*

- Datos sociodemográficos y clínicos de elaboración propia
- *Satisfaction with Life Domain Scale (SLDS)* (8), en adaptación española de Bobes y cols. (18). Este cuestionario se adaptó para su utilización en los recursos de rehabilitación por Muñoz y cols. (6). Fue diseñado para evaluar la satisfacción subjetiva con la vida en cuatro áreas: seguridad, pertenencia, estimulación y realización. La persona debe evaluar su satisfacción actual en diversos aspectos de su vida recogidos en 15 ítems. Para su puntuación se emplea una escala analógica visual de 8 puntos con caras que varían desde la máxima satisfacción (sonrisa amplia) a la máxima insatisfacción (ceño fruncido).
- Escala de evaluación del funcionamiento global (EEFG) (9). La Escala EEFG, original *Global Assessment of Functioning* (GAF) fue creada por la *American Psychiatric Association*-APA en 1994. Es un instrumento ampliamente utilizado en el eje V del DSM-IV para la evaluación de la actividad general de personas con TMG. El profesional valora el funcionamiento de la persona en la actividad social, escolar o laboral, así como la gravedad de la sintomatología en una escala de 0 a 100 dividida en 10 niveles.
- La *WHO Short Disability Assessment Schedule* (WHO DAS-S) es la versión corta de la entrevista semiestructurada WHO-DAS II (10). Es el instrumento recomendado por la Organización Mundial de la Salud para evaluar las dificultades de funcionamiento debidas a problemas físicos y mentales a través de la valoración de las áreas de cuidado personal, funcionamiento ocupacional, familiar y social tras entrevista semiestructurada.

*Análisis estadístico de los datos e interpretación de los resultados*

El conjunto de datos se procesó utilizando la versión 18.0.0 del paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences-SPSS*. Las medidas utilizadas

fueron la media aritmética y la desviación típica para los datos cuantitativos. Los cualitativos están expresados en forma de porcentajes. Posteriormente se realizan tablas de contingencia para comparaciones de grupos y significación estadística con residuos tipificados, chi-cuadrado de Pearson; correlación de Pearson y de Spearman; Prueba T para muestras independientes y pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis). Significación de $p<0,05$ ó $p<0,01$.

## Resultados

### *Resultados globales de los instrumentos*

Los principales resultados descriptivos de las puntuaciones en cada una de las escalas se observan en la tabla 1.

Tabla 1

*Puntuaciones escalas*

| | CALIDAD DE VIDA (SLDF) | EEFG | WHO DAS-S Global | WHO DAS-S Cuidado personal | WHO DAS-S Ocupación | WHO DAS-S Familia y hogar | WHO DAS-S Contexto social |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Media | 4,648 | 48,96 | 2,18 | 1,53 | 2,74 | 2,10 | 2,43 |
| N | 2378 | 3047 | 2937 | 2936 | 2790 | 2928 | 2927 |
| SD | 1,0327 | 13,967 | 1,164 | 1,415 | 1,570 | 1,347 | 1,391 |

Se constata que todas las medidas son consistentes entre sí; puntuaciones altas en una de las medidas correlacionan con puntuaciones altas en las otras medidas.

### *Resultados y meses de intervención*

Se observa una correlación estadísticamente significativa en todas las medidas, excepto en WHO DAS-S-Ocupación, entre el número de meses de intervención y las puntuaciones en la escala, es decir las personas con más meses de intervención obtienen mejores puntuaciones. (Ver tabla 2)

Tabla 2

*Correlación entre meses intervención y puntuación escalas*

| | CALIDAD DE VIDA (SLDF) | EEFG | WHO DAS-S Global | WHO DAS-S Cuidado personal | WHO DAS-S Familia y hogar | WHO DAS-S SFuncionamiento en el contexto social |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Meses en el centro | r=0,106 | r=0,106 | r=-0,085* | r=-0,046* | r=-0,090* | r=-0,094* |
| | p=0,000 | p=0,000 | p=0,000 | p=0,012 | p=0,000 | p=0,000 |

* Obsérvese que a diferencia de las medidas de Calidad de Vida (SLDF) y de EFFG, la puntuación del WHO DAS-S se interpreta a la inversa: a menor puntuación menos discapacidad, es decir mejor funcionamiento en las diferentes esferas evaluadas.

*Resultados y sexo*

Las mujeres obtienen mejores resultados medios en todas las medidas. Los principales resultados aparecen en la tabla 3.

Tabla 3

*Resultados por sexo*

| SEXO | | CALIDAD DE VIDA (SLDF) | EEFG | WHO DAS-S Global | WHO DAS-S Cuidado personal | WHO DAS-S Ocupación | WHO DAS-S Familia y hogar | WHO DAS-S Contexto social |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Hombre | Media | 4,602 | 48,53 | 2,29 | 1,64 | 2,94 | 2,18 | 2,51 |
| | N | 1552 | 1981 | 1906 | 1906 | 1799 | 1903 | 1901 |
| | SD | 0,9996 | 13,813 | 1,166 | 1,452 | 1,544 | 1,347 | 1,370 |
| Mujer | Media | 4,735 * | 49,78** | 1,97* | 1,33* | 2,39* | 1,94* | 2,28* |
| | N | 826 | 1066 | 1031 | 1030 | 991 | 1025 | 1026 |
| | SD. | 1,0875 | 14,220 | 1,134 | 1,321 | 1,555 | 1,334 | 1,419 |

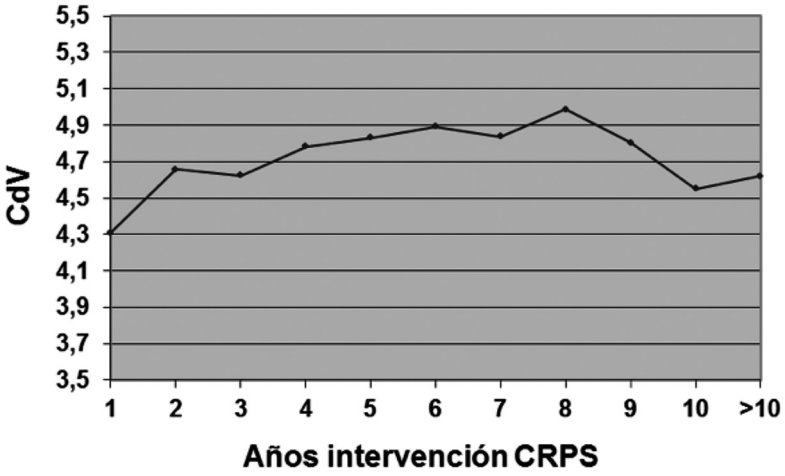
* p<0,01; **p<0,05

*Resultados globales y años de intervención*

En las gráficas 1 y 2, se observa un aumento significativo (p<0,01) de las puntuaciones medias de las escalas de Calidad de Vida (SLDF) y EFFG según transcurren los años en los centros, pero a partir del octavo año en Calidad de Vida (SLDF) y del quinto año en EFFG la tendencia se pierde (la puntuación del año >10 corresponde a la agrupación de puntuaciones de más de 10 años de intervención).

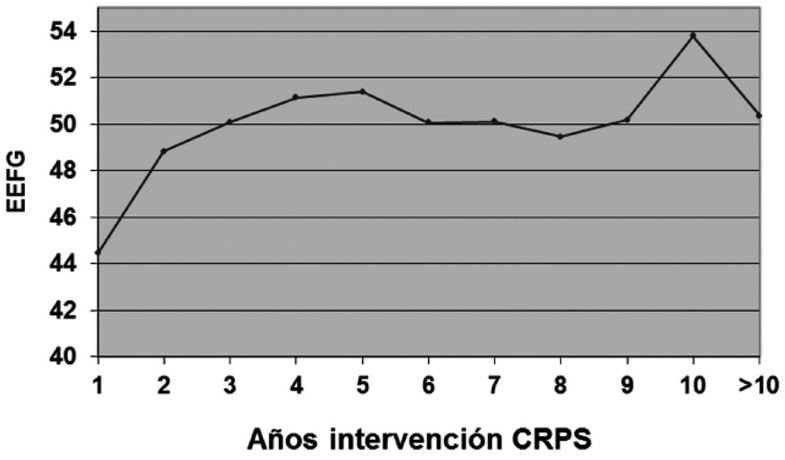
Gráfica 1

*Relación entre años de intervención y puntuaciones en Calidad de Vida (SLDF)*




Gráfica 2

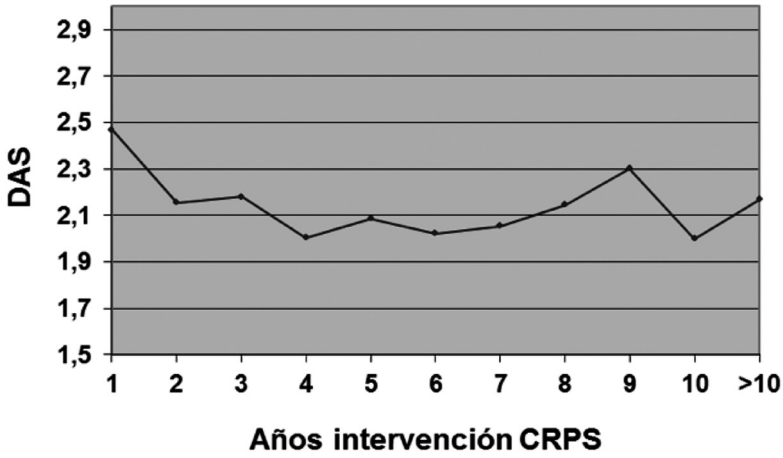
*Relación entre años de intervención y puntuaciones en EEFG*



En el WHO DAS-S Global las puntuaciones descienden y por tanto mejoran de la discapacidad según pasan los años (p<0,01) perdiéndose la tendencia entre el cuarto y quinto año.

Gráfica 3

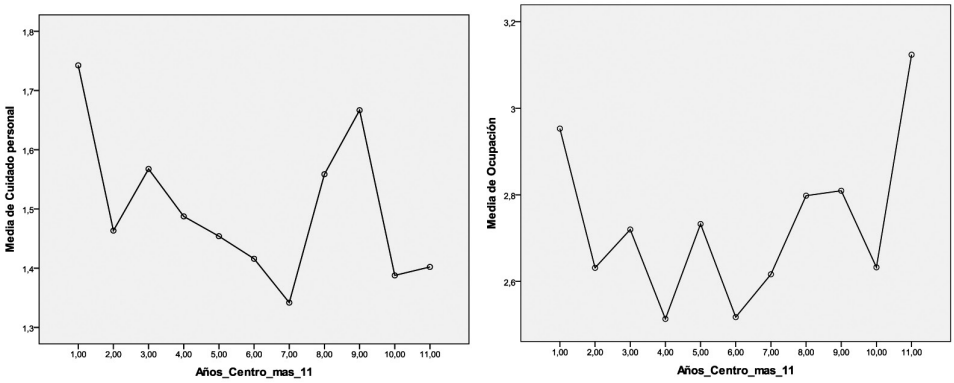
*Relación entre años de intervención y puntuaciones de la WHO DAS-S*

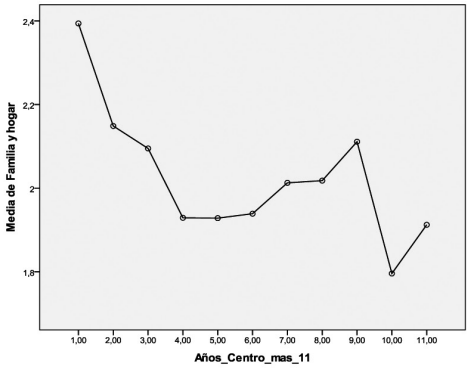


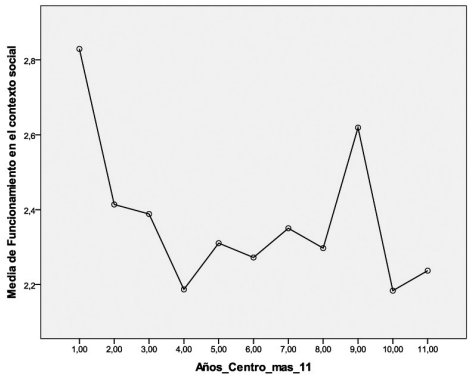

Al analizar las puntuaciones del WHO DAS-S por cada dimensión se observa también un descenso de las puntuaciones medias según se incrementan los años de intervención y por tanto mejoran de su discapacidad (p<0,01), perdiéndose la tendencia entre el quinto y el séptimo año. No es significativo en las medidas de WHO DAS-S-Ocupación.

Gráfica 4

*Relación entre años de evolución y dimensiones de la WHO DAS-S*





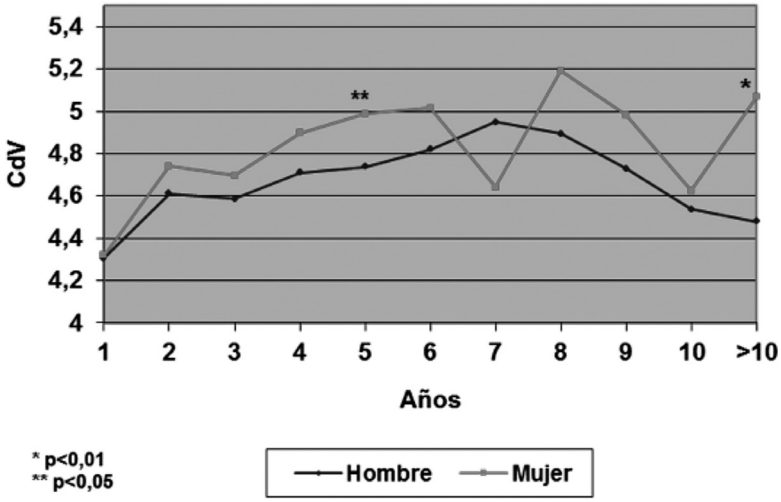




*Resultados por sexo y años de intervención*

Las mujeres mejoran más que los hombres (se marca con * ó ** en los años en que hay diferencias significativas).

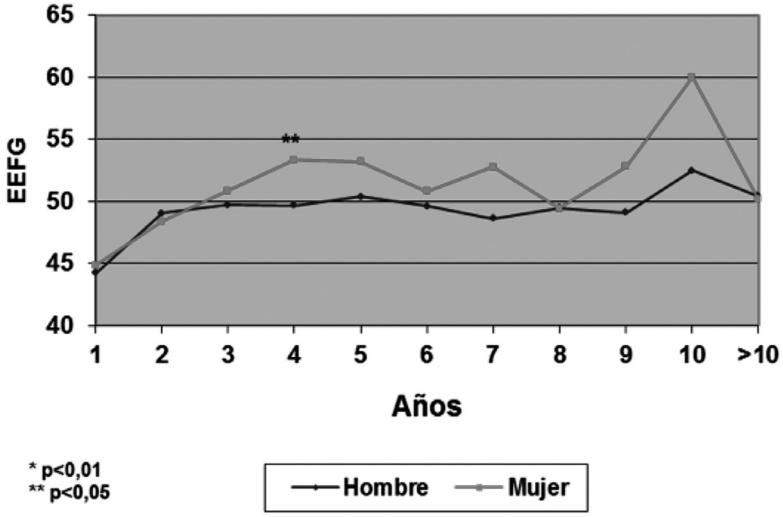
Gráfica 5

*Resultados de puntuaciones en Calidad de Vida (SLDF) por sexo y años de evolución*



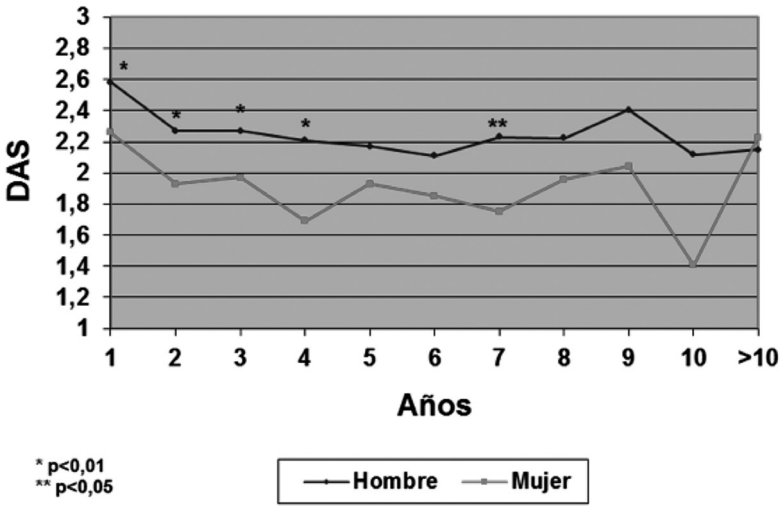
Gráfica 6

*Resultados de puntuaciones de EEFG por sexo y años de evolución*




Gráfica 7

*Resultados de puntuaciones de WHO DAS-S por sexo y años de evolución*



## Discusión y conclusiones

Partiendo del primer objetivo planteado, se puede concluir que se producen mejorías en el funcionamiento psicosocial, calidad de vida y discapacidad en las personas atendidas en los CRPS. Los datos indican que hay una clara mejoría en los cinco primeros años, del quinto al séptimo se observa una discreta tendencia al alza y a partir de éste se constata un empeoramiento en el resultado de las pruebas pero manteniéndose un nivel de funcionamiento superior a las puntuaciones iniciales.

El mantenimiento de los logros conduce al análisis de las salidas del recurso: si a los cinco años sólo quedan los más resistentes al tratamiento o los de sintomatología más persistente, habría que reflexionar en el desarrollo de intervenciones más eficaces para ellos. Si se lograra esto, a partir del sexto año sería esperable que quedaran pocas personas en este tipo de recursos y, posiblemente, lo adecuado sería derivarlas a recursos específicos para el mantenimiento y seguimiento de los objetivos planteados. Un siguiente estudio podría analizar el tiempo de estancia en el centro relacionado con las altas, bajas o abandonos.

En las puntuaciones del EEFG y el WHO DAS-S se observan mejorías hasta el quinto año. Sin embargo, en la Escala de Calidad de Vida (SLDF) autoaplicada, las puntuaciones aumentan hasta el octavo año. Es decir, las personas atendidas perciben mejorías durante más años que los profesionales, medido en escalas de funcionamiento y calidad de vida. Generalmente, los estudios de efectividad tienden a considerar de forma preferente las medidas externas; si se presta atención a las medidas subjetivas de las personas en intervención, quizá los resultados serían diferentes e indicarían mejores resultados de efectividad a más largo plazo. Sería interesante por tanto la inclusión de variables subjetivas para la medida de resultados y en esta línea se podría trabajar para aunar criterios de resultados comunes.

Atendiendo al análisis del funcionamiento en áreas concretas habitualmente deterioradas en esta población, como pueden ser ocupación, familia, contexto social y cuidado personal, evaluado en este estudio a través del WHO DAS-S, se constata que hay mejoría significativa en todas las áreas excepto en el área ocupacional, en la que también mejoran, pero no de forma significativa. Teniendo en cuenta que la ocupación es una de las áreas específicas de intervención en los recursos de rehabilitación, sería interesante evaluar qué tipo de intervenciones se diseñan al respecto, lo que conduciría a una reflexión sobre la necesidad de incidir en el desarrollo y la mejora de las intervenciones específicas dirigidas al ejercicio de roles productivos y a la integración laboral. En el plano institucional, sin duda, resultan imprescindibles políticas activas que intensifiquen medidas para facilitar el acceso al empleo de las personas con discapacidad y de un modo específico de aquellos que por su avanzada edad (edad media de 41 años al inicio) se encuentran con mayores dificultades, como ciudadanos

de pleno derecho, como se recoge en el artículo 27 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (19).

Con respecto a los resultados por género, los datos indican una mejoría significativa en mujeres durante el primer año en todas las pruebas. Las mujeres mejoran en todas las medidas en menos tiempo que los hombres aun partiendo de puntuaciones similares en el inicio. En el primer año las diferencias observadas son significativas en todas las medidas tomadas. Aun teniendo una muestra inferior de mujeres y no analizando la efectividad de las intervenciones específicas para ellas, los resultados avalan la conveniencia de potenciar su derivación a estos recursos. Por otro lado, es deseable plantearse qué mejoras en las intervenciones hacia los hombres se deben llevar a cabo para mejorar la efectividad de las mismas.

Los Centros de Rehabilitación Psicosocial son efectivos, las personas atendidas mejoran en funcionamiento psicosocial y en la percepción de calidad de vida, incluso interviniendo después de un largo tiempo de evolución del trastorno (la media de años de espera desde el primer diagnóstico hasta la incorporación al CRPS es de 14 años). La derivación a los recursos de rehabilitación psicosocial debe tender a ser el complemento indispensable en la atención a las personas que sufren de un TMG y sin duda un acceso más temprano podría aumentar la efectividad de las intervenciones a realizar desde estos dispositivos de atención psicosocial.

## Limitaciones e implicaciones

### *Limitaciones*

El análisis de las medidas referidas al funcionamiento psicosocial, calidad de vida y discapacidad llevadas a cabo en el presente estudio se ha realizado de manera transversal. Ello provoca la pérdida de la información sobre la evolución individual de cada persona que permitiría un análisis longitudinal de los datos. El interés incuestionable de este otro tipo de análisis debería ser objeto de atención para completar los datos que en el presente estudio se aportan.

Debe tenerse en cuenta que el tipo de procedimiento en la selección de la muestra puede haber influido en los resultados obtenidos, ya que los criterios de inclusión para los usuarios que componen la misma implicaban que estos hubieran sido evaluados con estas escalas a lo largo de los últimos cinco años, lo cual deja fuera de la muestra a los usuarios que no han permanecido en el recurso a lo largo de dicho periodo de tiempo. Otro posible error en la selección de la muestra es que ésta ha sido extraída de diez CRPS y no de la totalidad de los 23 CRPS existentes en el momento del estudio en la Comunidad de Madrid. Por otra parte, los datos señalan que el número de puntuaciones en el cuestionario de Calidad de Vida (SLDF) son

significativamente inferiores al de las otras dos escalas. Esto puede deberse a la forma de aplicación de las mismas: heteroaplicada y autoaplicada.

Respecto al cuestionario de Calidad de Vida (SLDF) debe valorarse la posibilidad de que las puntuaciones de los usuarios con mayores dificultades psicosociales y problemas de vinculación con los recursos no estén reflejadas.

Las escalas EEFG y WHO DAS-S, al ser heteroaplicadas, implican la necesidad de que las valoraciones llevadas a cabo por los diferentes evaluadores resulten lo más homogéneas posible. Esto supone un importante grado de acuerdo al respecto. Más allá de la reconocida validez de los instrumentos utilizados sería necesario reflexionar sobre el nivel de homogeneidad y validez interjueces que presentan las valoraciones realizadas en estas escalas por parte de los evaluadores.

En la presente investigación, únicamente se analizan las variables calidad de vida, funcionamiento psicosocial y discapacidad del usuario. Pueden existir otras variables cuya medida también daría información relevante acerca de la efectividad de los centros de rehabilitación psicosocial. Por ejemplo: el número de ingresos psiquiátricos o desestabilizaciones psicopatológicas que sufren los sujetos que acuden a dichos centros y los niveles de utilización de recursos comunitarios alcanzado por dichas personas. Por tanto, habría que analizar pormenorizadamente la posibilidad de incluir otras variables de resultado que pudieran resultar de interés y que fueran acordes con los objetivos principales de dichos recursos. Entre las mismas, deberían valorarse más medidas subjetivas de las actualmente utilizadas, entre las que se podrían considerar los ítems autoaplicados del propio WHO DAS-II, medidas de recuperación y de bienestar.

*Implicaciones*

Es relevante el uso de instrumentos de evaluación que puedan constatar si las diferentes intervenciones llevadas a cabo desde los CRPS inciden en tres de las variables principales sobre las que se pretende influir desde este tipo de recursos, como son el funcionamiento psicosocial, la discapacidad y la calidad de vida.

Aunque estos son objetivos fundamentales de los CRPS, en el presente estudio no se puede precisar de forma concreta el tipo de intervenciones que realmente pueden estar influyendo en que haya una mejora en cuanto a la calidad de vida o el funcionamiento psicosocial del sujeto. Sería necesario un análisis pormenorizado acerca de la influencia de las diferentes intervenciones sobre dichas variables. Con ello se evitaría la realización de intervenciones superfluas.

A pesar de que la cartera de servicios que se proponen desde los CRPS señala una serie de programas y estrategias de intervención básicos basados en la evidencia, cabría analizar si realmente dichas intervenciones se llevan a cabo desde todos estos

dispositivos de una forma homogénea, es decir, utilizando una estructura y una metodología similar en todos los casos. Pueden estar aplicándose bajo la misma denominación intervenciones muy diferentes. Por otra parte, es necesario preguntarse si la citada cartera de servicios propuesta está disponible de manera efectiva en todos los dispositivos.

La evidencia de que el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida mejoran, apoya sin duda la necesidad de llevar a cabo las intervenciones que favorecen las mismas desde los dispositivos correspondientes.

Por otra parte, es interesante reflexionar sobre la posible limitación en el tiempo de la efectividad de las intervenciones, como parecen sugerir los datos, por las consecuencias que de ello se desprenden sobre la duración de los procesos de rehabilitación.

Teniendo en cuenta que las mujeres acceden en menor número a los CRPS y que los resultados obtenidos son mejores, cabe plantearse la posibilidad de potenciar la derivación de estas a dichos recursos, y de establecer otras intervenciones que mejoren los resultados en los hombres.

En cualquier caso, el presente estudio puede verse completado en el futuro con investigaciones que no sólo se centren en las intervenciones concretas más pertinentes sino en otras muchas variables que pueden estar interviniendo en los resultados y cuya mejora redundaría en la calidad de la atención prestada.

## Agradecimiento

A Diego Pulido, director del CRPS de Carabanchel, y a Raquel del Olmo, directora del CRPS Barajas, por la colaboración en la recolección de datos para este estudio.

## Bibliografía

(1) Barton R. Psychosocial rehabilitation services in community support systems: a review of outcomes and policy recommendations. Psychiat Serv1999;50(4):525-534.

(2) NICE, National Collaborating Centre for Mental Health. Schizophrenia: Full National Clinical Guideline on Core Interventions in Primary and Secondary Care. London: Gaskell / The Royal College of Psychiatrists, 2003.

(3) Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud

del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009.
(4) American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia [monografía en Internet]; 2004. Disponible en: http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/SchizPG-Complete-Feb04.pdf
(5) Vázquez C, Muñoz M, Muñiz E, López Luengo B, Hernangomez L, Diez M. La evaluación de resultados en el tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales crónicos. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2000;20(74):207-228.
(6) Muñoz M, Panadero S, Rodríguez A. Evaluación de servicios en rehabilitación psicosocial. En: Navarro D, Pastor A, Blanco A. Manual de rehabilitación del trastorno mental grave. Madrid: Síntesis, 2010; p. 621-650.
(7) Wholey J, Hatry H, Newcomer K. Handbook of Practical Program Evaluation. San Francisco: Wiley, 2004.
(8) Baker F, Intagliata J. Quality of life in the evaluation of community support systems. Eval Program Plann 1982; 5: 69-79.
(9) Asociación Psiquiátrica Americana. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson, 2002.
(10) Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento: versión multiaxial para adultos. Madrid: Meditor, 2000.
(11) World Health Organization. Mental Health Atlas 2005. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/mhatlas05/en/
(12) Becker T, Knapp M, Knudswen HC, Schene AH, Tansella M, Thornicroft G, Vázquez-Barquero JL. Aims, outcome measures, study sites and patient sample. EPSILON study: European Psychiatric Services Inputs Linked to Outcome Domains and Needs. Br J Psychiatry Suppl 2000;39:1-7.
(13) Salvador-Carulla L, Bulbena A, Vázquez-Barquero JL, Muñoz PE, Gómez-Beneyto M, Torres F. La salud mental en España: Cenicienta en el País de las Maravillas. En: Informe SESPAS Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Madrid: SESPAS, 2002.
(14) Organización Mundial de la Salud. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020. OMS 2013: Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1
(15) Jimenez Garcia-Bóveda R, Vazquez Morejon A, Waisman LC. Género y funcionamiento social en la esquizofrenia. Papeles del Psicólogo 2000;75: Disponible en: http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=817
(16) Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M. et al. Género y salud mental en un mundo cambiante. Gaceta Sanitaria 2004;18(Suppl 1):175-181.
(17) Rullas M, Panadero S, Cendoya M. y cols. Diferencias en el perfil de derivación recibido en los centros de rehabilitación psicosocial en función del género. Rev Asoc Esp Neuropsiq 2013;33(117):35-46.
(18) Bobes J, González MP, Bousoño M. Calidad de vida en las esquizofrenias. Barcelona: J.R. Prous, 1995.
(19) Naciones Unidas. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Nueva York: Naciones Unidas, 13 de diciembre de 2006; Disponible en: http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf.