

Artículo Monográfico Calidad de vida y funcionamiento psicosocial de las personas con trastornos mentales graves y duraderos

Sonia Panadero Herrero

Profesora de la Universidad Complutense de Madrid

Resumen:

Los trastornos mentales graves y crónicos implican, para las personas que los padecen, una importante afectación tanto en su funcionamiento cotidiano, como en su calidad de vida. Considerando ambas cosas, se ha generado un número importante de recursos de intervención. En la Comunidad de Madrid, existe una red de recursos de atención social a personas con trastornos mentales graves y crónicos. En este trabajo, se presenta la evaluación de la calidad de vida y funcionamiento de 970 personas, usuarios de diferentes recursos de atención social de esta red, evaluando la relación entre sí de las distintas medidas utilizadas y la relevancia del género en ambas variables.

Palabras clave: trastorno mental grave y crónico, calidad de vida, funcionamiento, género.

Recibido: 03/06/2011 Aceptado: 11/07/2011

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

En su definición ya clásica, Liberman (1993) señaló tres aspectos a considerar para definir los trastornos mentales graves y crónicos: el diagnóstico, el funcionamiento y la duración. Centrándonos en el segundo de estos aspectos, los trastornos mentales graves y crónicos cursan a menudo con un deterioro que se evidencia a través de diversas discapacidades, referidas fundamentalmente a la pérdida de habilidades para el adecuado desempeño de roles sociales (Casas, Escandell, Ribas y Ochoa, 2010).

En general, aunque existe un escaso consenso sobre el significado del concepto de funcionamiento psicosocial, este concepto suele incluir aspectos como autocuidado, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre y funcionamiento cognitivo (Casas *et al.*, 2010). Este concepto, se centra en lo que la persona puede hacer, la calidad de sus actividades cotidianas y su necesidad de asistencia (Bacon, Collis y Plake, 2002).

Es decir, en general, este concepto hace referencia a las diversas actividades que realiza un individuo en su vida habitual y el nivel de apoyo y cuidado necesitado. Sin embargo, tras el reconocimiento de la importancia de este dominio es importante señalar que su evaluación es difícil ya que el funcionamiento es un concepto abstracto y, hasta el momento, hay muy poco acuerdo sobre los componentes específicos de este concepto. Por ejemplo, queda pendiente la delimitación del papel que juegan los componentes subjetivos en este tipo de conceptos (Brekke y Long, 2000).

Cada vez se conoce mejor la relación existente entre la enfermedad mental grave y persistente y los problemas o limita-

ciones en el funcionamiento psicosocial global (Brekke, Lee y Green, 2005), y esto ha llevado a considerar la medida del funcionamiento global como una medida imprescindible a la hora de considerar los trastornos mentales graves y crónicos, muy útil en la evaluación de resultados para los profesionales de salud mental (Thornicroft y Tansella, 1996; Vázquez, Muñoz, Muñoz *et al.*, 2000) ya que es un importante predictor del uso de servicios y proporciona una información vital para la planificación de servicios (Phelan, Wykes y Goldman, 1996).

Teniendo esto en cuenta, durante las últimas décadas, la atención a las personas con trastorno mental grave y crónico ha sufrido una transformación muy importante, pasándose progresivamente del tratamiento sintomático de la enfermedad a la atención integral, en la propia comunidad, de las necesidades de estas personas, más allá de su sintomatología. Esto se ha plasmado en los modelos de rehabilitación psicosocial, lo que se ha visto acompañado del surgimiento de nuevos tipos de recursos y servicios para esta población (APA, 2005; González y Rodríguez, 2002; Liberman, 1993; Prat, Gill, Barrett y Roberts, 2007).

Uno de los objetivos fundamentales de estos recursos, creados en el marco de la rehabilitación psicosocial, es la mejora de la calidad de vida de las personas con trastornos mentales graves y crónicos, así como la de sus familias (Valiente, Vázquez y Simon, 2010), a través tanto del cambio de las condiciones en las que éstos viven como a través de la mejora de aspectos internos (afectividad, autoestima, aceptación de la enfermedad, etc.) (Tourinho, 2010).

El concepto de calidad de vida hace referencia al bienestar global de la persona, lo que viene determinado por las condiciones objetivas de vida y por el grado de bienestar subjetivo con las mismas (Lehman, 1993; Muñoz, Pérez, López y Panadero, 1999). En ese sentido resultan especialmente importantes los trabajos de conceptualización realizados. En nuestro contexto destaca el trabajo realizado por Giner y cols (2001) que dio lugar al *Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida* y que incorpora un modelo conceptual psicológico según el cual la

Datos de contacto:

Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
Campus de Somosaguas, s/n. 28223. Madrid.
Telf. 91 394 31 29.
Dirección electrónica de contacto: spanadero@psi.ucm.es

calidad de vida es una valoración individual y subjetiva de todos los aspectos que conforman la mayor o menor satisfacción con la vida del sujeto, incluyendo aspectos psicopatológicos, satisfacción final de las necesidades, etc.

La enfermedad mental grave y persistente tiene un gran impacto en la vida de las personas por lo que el interés de la calidad de vida de las personas con este tipo de enfermedades ha sido una constante en el desarrollo de los programas de atención a este colectivo (Bobes, González, y Bousño, 1995; Hasanah y Razali, 2002) y, de hecho, su mejora, como ya se ha comentado, supone uno de los objetivos explícitos de estos programas (Sederer y Dickey, 1996). De esta forma, la evaluación global de la calidad de vida puede ser muy adecuada como medida ya que es un marcador indirecto del estado de salud global, y de adaptación social de la persona, y por lo tanto del impacto de la intervención (Mubarak y Barber, 2003) estando muy relacionada, además, con otros aspectos centrales como la sintomatología experimentada (Sañudo, Herrero, Lamas y Franco, 2010).

A pesar del reconocimiento de la importancia de considerar este aspecto, esto tampoco resulta sencillo por los importantes problemas relacionados con la evaluación del constructo calidad de vida: imprecisión, confusiones conceptuales, falta de acuerdo sobre las medias utilizadas y sobre los indicadores, falta de evidencia empírica de los modelos, entre otros problemas metodológicos (Bobes *et al.*, 1995; Muñoz *et al.*, 1999).

Como ya se ha comentado, en los últimos años se han desarrollado un número importante de recursos dirigidos a la atención de las personas con trastornos mentales graves y crónicos. Concretamente, la Comunidad de Madrid, cuenta actualmente con una red de recursos de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica con un estilo de atención fundamentado en la filosofía de rehabilitación psicosocial y el apoyo a la integración social y laboral como eje director de la intervención (González y Rodríguez, 2002), y que ha sido descrita en publicaciones previas (Rodríguez, Muñoz y Panadero, 2007). Aunque estos recursos comenzaron a desarrollarse a finales de los años 80', recibieron un importante impulso con el *Plan de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007*, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, que supuso el crecimiento y consolidación de una red de recursos dirigidos a cubrir las diferentes necesidades psicosociales y sociales de las personas con enfermedad mental crónica y apoyar la mejora de su autonomía y calidad de vida y promover su integración social así como apoyar a sus familias. En la actualidad existen dentro de esta red diferentes tipos de recursos: Centros de Rehabilitación Psicosocial, Centros de Rehabilitación Laboral, Equipos de Apoyo Social y Comunitario, Centros de Día y Soporte Social, Recursos de alojamiento (Mini-residencias, pisos supervisados y plazas supervisadas en pensiones) y Recursos de rehabilitación específicos para personas sin hogar con trastornos mentales graves y crónicos.

Esta red de centros y recursos del Plan trabaja en estrecha coordinación con la red de Servicios de Salud Mental de la Consejería de Sanidad y Consumo, como responsables de la atención psiquiátrica, rehabilitación y seguimiento de las personas enfermas mentales crónicas y que constituyen el canal de derivación de usuarios a los recursos de la red de atención social.

El trabajo que aquí se presenta se enmarca dentro del trabajo de evaluación encargado por la Comunidad de Madrid, Consejería de Familia y Asuntos Sociales, a la Universidad Complutense de Madrid, concretamente al equipo dirigido por el Dr. Manuel Muñoz, con el objetivo de aumentar la información disponible sobre la atención y resultados de la red de recursos de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica.

OBJETIVOS

Los objetivos de este artículo son:

Presentar la descripción del funcionamiento y la calidad de vida de las personas con trastornos mentales graves y crónicos, usuarios de la red de atención social a este colectivo existente en la Comunidad de Madrid, así como el análisis de la relación entre ambos aspectos.

Analizar la relación del funcionamiento y la calidad de vida de los usuarios con el género de los participantes.

Analizar la relación entre las dos medidas de funcionamiento psicosocial utilizadas, entre sí, y con la calidad de vida.

MÉTODO

Participantes

Los datos que se incluyen en el presente artículo corresponden a 970 personas, usuarios de la red de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica durante el año 2009. Concretamente, usuarios de Centros de día y soporte social (294), Centros de Rehabilitación Psicosocial (357) y Equipos de Apoyo Social Comunitario (319).

Algunas de las características sociodemográficas de los participantes aparecen recogidas en la Tabla 1. Como se observa en dicha tabla la mayoría de los usuarios, el 62,5%, eran varones, con una edad media de 44,52 años ($DT=9,62$). Concretamente, el 64,6% de los usuarios tenían entre 31 y 50 años y más de uno de cada cuatro tenían entre 51 y 65 años (27,1%).

También se recoge información sobre los meses en el centro. De media, los participantes llevaban más de dos años y

Tabla 1: Datos sociodemográficos de los participantes y tiempo de atención en el recurso

	n	%
Sexo		
Varón	606	62,5%
Mujer	364	37,5%
Edad		
Media (DT)	968	44,52 (9,62)
18-30 años	68	7,0%
31-50 años	627	64,6%
51-65 años	263	27,1%
>65 años	7	0,7%
Meses en el centro		
Media (DT)	879	32,04 (27,18)
0-6 meses	47	4,8%
6-12 meses	126	13,0%
1-2 años	232	23,9%
2-3 años	258	26,6%
3-4 años	83	8,6%
4-5 años	33	3,4%
5 años o más	100	10,1%

medio (*Media* = 32,04 meses; *DT* = 27,18) en los recursos, aunque la variabilidad fue muy importante. Menos de uno de cada cinco usuarios llevaba un año o menos (17,8%) en el recurso en el que fue evaluado, mientras aproximadamente el 10% llevaba, al menos 5 años en atención.

Instrumentos

Como ya se ha comentado, los datos que aquí se presentan pertenecen a un trabajo de evaluación más amplio ya descrito en otras publicaciones previas (Muñoz, Panadero y Rodríguez, 2009; Muñoz, Panadero y Rodríguez, 2010), uno de cuyos objetivos consistía en aumentar la información disponible sobre la atención y resultados de la red de recursos de atención social a personas con enfermedad mental grave y crónica. Para ello, en primer lugar se realizó una propuesta sobre los dominios a considerar y de los instrumentos más adecuados para su evaluación. Los criterios utilizados para buscar y seleccionar dichos instrumentos fueron: la utilización previa en estudios de evaluación de resultados de programas dirigidos a este colectivo, criterios psicométricos adecuados, brevedad y facilidad de aplicación y existencia de versión en castellano.

La propuesta de dominios e instrumentos que fue presentada y discutida con los responsables de la Red de recursos y los directores de los centros (en representación de los profesionales ya que se hacía imposible incluir en el proceso a todos los profesionales de los centros). La selección de dominios e instrumentos incluyó:

Funcionamiento psicosocial:

Para la evaluación del funcionamiento psicosocial se decidió aplicar el Global Assessment of Functioning (EEFG; Asociación Psiquiátrica Americana, 2002) y el WHO Short Disability Assessment Schedule (WHO DAS-I; Organización Mundial de la Salud, 2000), que están entre los cuestionarios y escalas más utilizados en rehabilitación psicosocial (Blanco, Navarro y Pastor, 2010).

El EEFG es el instrumento empleado en el eje 5 del DSM-IV para la evaluación de la actividad general. Es una escala de 100 puntos en la que el profesional debe evaluar tanto la gravedad de los síntomas que presenta la persona como la gravedad del deterioro de la actividad escolar, laboral o social, estando la evaluación final determinada por la peor de las dos evaluaciones. Aunque la evaluación final es una puntuación única que refleja del mejor modo posible el nivel global de actividad del individuo, la escala está dividida en 10 niveles de actividad.

Esta escala es una de las más usadas tanto en la práctica clínica como en la investigación. Fue creada para predecir la respuesta al tratamiento y apoyar en la planificación del mismo (Moos, McCoy y Moos 2000) y muestra una correlación significativa con otras medidas de funcionamiento, una buena fiabilidad interjueces y fiabilidad test-retest (Gaité, Vázquez-Barquero, Herrán *et al.*, 2005; Greenberg y Rosenheck, 2005).

Por otro lado, también se decidió utilizar la WHO DAS-I, propuesta por la CIE-10, un instrumento diseñado para registrar la valoración clínica de las discapacidades. En este caso las puntuaciones están basadas en el juicio del clínico, a partir de la información obtenida de familias, informantes o documentos clínicos y de la propia observación. El evaluador debe puntuar las discapacidades sobre la escala dada de 0 ("ninguna discapacidad") a 5 ("discapacidad máxima") para cada una de las áreas específicas de funcionamiento, concretamente: Cuidado personal, Funcionamiento ocupacional, Funcionamiento en la familia y Funcionamiento social. Cuando una persona puede realizar una actividad porque es ayudada por alguien se indica "funcionamiento con asistencia".

Respecto al procedimiento de aplicación, los profesionales de los propios recursos fueron los encargados de complementar ambos instrumentos. Al finalizar el año 2009 los profesionales complementaron estos instrumentos respecto a los usuarios en atención en ese momento.

Calidad de vida:

Aunque inicialmente se propuso la Satisfaction with life Domains Scale (SLDS; Baker e Intagliata, 1982), los profesionales señalaron algunos problemas del SLDS para la

evaluación de la calidad de vida. Al no encontrarse otro instrumento que se ajustase mejor a las demandas de los profesionales se decidió realizar un nuevo instrumento de evaluación partiendo de éste y respetando su esquema de formulación de preguntas y su escala de respuestas, que sí fueron considerados adecuados. Por lo tanto, sobre el SLDS, y mediante un proceso participativo, se realizaron diferentes modificaciones a partir de la opinión de los profesionales de los centros. Concretamente se añadieron ítems sobre la satisfacción con salud (forma física, salud mental), vida sexual, pareja, y vida en general.

El instrumento resultante está compuesto de 26 ítems en los cuales se pregunta por la satisfacción del usuario con distintos aspectos de su vida. Para la puntuación analógica se utiliza una escala analógica visual de 7 puntos con caras que varían desde 1 (máxima insatisfacción) hasta 7 (máxima satisfacción).

El coeficiente alpha del instrumento resultante es de 0,955.

Además se recoge información sobre algunos datos sociodemográficos (sexo y edad) y de atención (tipo de recurso y meses en atención).

Se distribuyó la versión definitiva de los instrumentos y del procedimiento de aplicación a todos los centros, así como las bases de datos diseñadas para la codificación de la información de los instrumentos.

En este caso, el instrumento fue complementado por los usuarios a petición de los profesionales de los diferentes recursos que, en aquellos casos en los que fue necesario, ayudaron a los participantes en dicho proceso.

Como ya se ha comentado, los datos que aquí se incluyen corresponden al año 2009.

Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos consistieron en análisis descriptivos de los diferentes aspectos considerados y en el análisis de correlaciones (*Pearson*) para determinar la relación entre las dos medidas de funcionamiento y la de éstas medidas con la calidad de vida. Además, para analizar la relación del género con el funcionamiento y la calidad de vida de los participantes se utilizó la prueba *t* para muestras independientes. Para realizar el proceso de análisis de datos se utilizó el sistema de análisis estadístico y de gestión de datos SPSS (versión 15 para Windows).

RESULTADOS

Descripción del funcionamiento psicosocial y la calidad de vida

Respecto a la satisfacción de los usuarios con los distintos aspectos considerados, las puntuaciones medias (comprende-

das entre 1 (puntuación mínima) y 7 (puntuación máxima)) aparecen recogidas en la Tabla 2. Las puntuaciones medias más elevadas hacen referencia a aspectos materiales como el lugar de residencia, el barrio en el que viven, los servicios y recursos de la zona, la comida y la ropa que visten. En todos estos casos la satisfacción media se situó por encima del 5. Esto también ocurrió con otros aspectos relacionados con las relaciones sociales de los usuarios. Concretamente, las puntuaciones medias de satisfacción con las personas con las que convivían (*Media* = 5,20 (*DT* = 1,61)) y su relación con su familia (*Media* = 5,11 (*DT* = 1,70)), además de con sus actividades de ocio (*Media* = 5,08; *DT* = 1,59).

Por otro lado, la satisfacción menor (por debajo de 4) se encontró en aquellos aspectos relacionados con su vida sexual (*Media* = 3,91; *DT* = 1,96), con la ausencia de amigos (*Media* = 3,52; *DT* = 1,90), no tener pareja (*Media* = 3,70; *DT* = 1,91) y no tener actividad laboral (*Media* = 3,42; *DT* = 1,86).

Respecto al funcionamiento psicosocial, evaluado mediante el EEAG, los resultados se recogen en la Tabla 3. El EEFG considera la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuum de salud-enfermedad, e implica la selección de un único valor que refleje del mejor modo posible el nivel global de actividad del individuo. Como se puede observar en la tabla la puntuación media de los usuarios fue de 50,03 (*DT* = 14,38). Aunque se asigna un único valor al funcionamiento de la persona, la escala EEFG está dividida en 10 niveles de actividad. En la mayoría de los casos, las puntuaciones de los participantes se encontraron en los intervalos 41-50 (25,8%; *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*) y 51-60 (28,5%; *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*)).

Continuando con el funcionamiento psicosocial, esta vez evaluado mediante la DAS-I, la Tabla 4 incluye las puntuaciones medias de cada una de las escalas contempladas en este instrumento (Cuidado personal, Ocupación, Familia y hogar y Contexto social) y el porcentaje de usuarios con funcionamiento con asistencia en cada una de estas áreas. El evaluador puntúa las discapacidades utilizando una escala dada de 0 ("ninguna discapacidad") a 5 ("discapacidad máxima") para cada una de las áreas específicas de funcionamiento. En las cuatro escalas la puntuación media se situó entre 2 y 3, lo que se correspondería con una discapacidad obvia, que supone que: *Existe desviación llamativa de la norma, interfiriendo con la adaptación social: usuario ligeramente discapacitado bastante tiempo o moderadamente discapacitado durante un corto tiempo (40%)*. Sin embargo, a

Tabla 2: Puntuación media en calidad de vida de los participantes

	n	Media (DT) (1-7)
¿Qué cara se acerca a cómo se siente con respecto a su vida en general?	586	4,52 (1,77)
su hogar / piso / lugar de residencia?	585	5,28 (1,58)
su barrio como sitio para vivir?	585	5,09 (1,70)
la comida que come?	580	5,54 (1,48)
la ropa que lleva?	577	5,33 (1,42)
su salud en general?	582	4,52 (1,74)
su forma física?	583	4,36 (1,75)
su estado de ánimo?	580	4,49 (1,78)
la tranquilidad que hay en su vida?	585	4,71 (1,80)
a su problema / trastorno de salud mental?	584	4,00 (1,81)
las personas con quien convive?	558	5,20 (1,61)
sus amigos?	522	4,87 (1,71)
En caso de no tener amigos ¿qué cara se acerca a cómo se hace sentir el hecho de no tener amigos?	355	3,52 (1,90)
su relación con su familia?	557	5,11 (1,70)
su relación con su pareja?	255	4,20 (2,07)
En caso de no tener pareja ¿qué cara se acerca a cómo le hace sentir el hecho de no tener pareja?	484	3,70 (1,91)
su vida sexual?	508	3,91 (1,96)
su relación con otras personas?	566	4,87 (1,55)
su trabajo o actividad laboral?	285	4,26 (1,97)
En caso de no realizar actualmente ninguna actividad laboral ¿qué cara se acerca a cómo le hace sentir esto?	541	3,42 (1,86)
los estudios o cursos de formación que realiza?	388	4,60 (1,81)
sus actividades de ocio?	571	5,08 (1,59)
los servicios e instalaciones en su zona de residencia?	568	5,29 (1,51)
su situación económica?	575	4,34 (1,79)
cómo se siente consigo mismo?	577	4,68 (1,81)
su vida en general?	578	4,64 (1,77)

pesar de encontrarse en el mismo intervalo hay que señalar que la puntuación media que indica un menor grado de afectación sería aquella que hace referencia al cuidado personal ($Media = 2,02$; $DT = 1,42$) mientras la puntuación mayor, es decir, aquella que indica un mayor grado de discapacidad, hace referencia a la Ocupación ($Media = 2,92$; $DT = 1,40$), que se refiere a las funciones como trabajador remunerado en un empleo, estudiante, ama de casa, etc.

Respecto al número de usuarios con funcionamiento con asistencia el 16,1% de las personas evaluadas en el área de Cuidado personal necesitaba apoyo en ese área, y un porcentaje algo superior a lo encontrado en el área de Ocupación (14,5%). En las áreas de Funcionamiento en la familia y hogar y en el contexto social, este porcentaje fue del 11,9% y 12,4% respectivamente.

Relación entre las medidas de funcionamiento psicosocial y calidad de vida y otras variables consideradas.

Tras la descripción de la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial de los usuarios se analizó la relación de ambas variables con el género de los participantes.

Tabla 3: Puntuaciones en funcionamiento psicosocial evaluado mediante EEAG.

EEAG	n	
Media (DT) (1-100)	943	50,03 (14,38)
1-10	1	0,1%
11-20	18	1,9%
21-30	82	8,5%
31-40	120	12,4%
41-50	250	25,8%
51-60	276	28,5%
61-70	146	15,1%
71-80	36	3,7%
81-90	13	1,3%
91-100	1	0,1%

Respecto al género de los usuarios, y su relación con el funcionamiento psicosocial, no aparecieron diferencias significativas respecto a la puntuación global en el EEAG, ni en las escalas de *Cuidado personal*, *Funcionamiento familiar* y en *el hogar* y funcionamiento en el *Contexto social* de la DAS-I. Tan sólo aparecieron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la escala de *Ocupación* de la DAS-I. Concretamente, en el caso de los varones la puntuación media en esta escala fue de 3,01 (DT = 1,38) frente a 2,77 (DT = 1,42) en el caso de las mujeres, que indica una significativamente menor discapacidad entre éstas últimas ($t(888) = 2,50$; $p < 0.05$).

Por otra parte, también se encontraron diferencias significativas en algunos de los aspectos considerados en la evaluación de la calidad de vida:

Satisfacción con la salud en general. En este caso la puntuación media de los varones fue de 4,64 (DT = 1,60) mientras que la de las mujeres fue de 4,28 (DT = 1,99) ($t(303,71) = 2,18$; $p < 0.05$).

Satisfacción con la relación con las personas con las que convive. La satisfacción de los varones fue significativamente mayor en este aspecto que la de las mujeres ($t(1,97) = 284,95$; $p < 0.05$); mientras la puntuación media de los varones en este aspecto fue de 5,29 (DT = 1,47), la puntuación de las usuarias fue de 4,98 (DT = 1,85).

Satisfacción con no tener pareja. En este caso la puntuación de las mujeres resulta significativamente mayor que la de los varones ($t(230,01) = -2,59$; $p < 0.05$): la media de las mujeres se sitúa en 4,07 (DT = 2,08) frente a 3,55 (DT = 1,82) en el caso de los varones.

Satisfacción con su vida sexual. En este caso también la puntuación media de las mujeres (Media = 4,18; DT = 2,13) resultó mayor ($t(269,86) = -2,00$; $p < 0.05$) a la de los varones de la muestra (Media = 3,79; DT = 1,87), es decir, las usuarias estaban más satisfechas con su vida sexual que los varones.

Satisfacción con el hecho de no realizar actividad laboral. La satisfacción en este caso fue mayor ($t(300,05) = 2,00$; $p < 0.05$) en los varones (Media = 3,53; DT = 1,77) que en las mujeres (Media = 3,17; DT = 2,02).

Relación entre las medidas de funcionamiento psicosocial y la calidad de vida

También se analizó la relación entre las dos medidas de funcionamiento utilizadas entre sí, y con la calidad de vida subjetiva de los participantes.

En ese sentido se calculó la correlación existente entre las dos medidas de funcionamiento psicosocial utilizadas: el EEAG y la DAS-I. Los resultados indicaron una correlación

Tabla 4: Puntuaciones en funcionamiento psicosocial evaluado mediante DAS-I.

	n	
Cuidado personal (Media (DT)) (0-5)	938	2,02 (1,42)
Funcionamiento con asistencia	156	16,1%
Ocupación (Media (DT)) (0-5)	890	2,92 (1,40)
Funcionamiento con asistencia	141	14,5%
Familia y hogar (Media (DT)) (0-5)	933	2,57 (1,25)
Funcionamiento con asistencia	115	11,9%
Contexto social (Media (DT)) (0-5)	938	2,69 (1,34)
Funcionamiento con asistencia	120	12,4%

estadísticamente significativa entre la puntuación del EEAG y todas las escalas de la DAS-I. Concretamente con las escalas de *Cuidado personal* ($r = -0,505$; $p < 0.01$), *Ocupación* ($r = -0,590$; $p < 0.01$), *Familia y hogar* ($r = -0,550$; $p < 0.01$) y funcionamiento en el *Contexto social* ($r = -0,589$; $p < 0.01$).

Por otro lado, respecto a la correlación del funcionamiento psicosocial, valorado por los profesionales, con los diferentes aspectos de la calidad de vida considerados por los propios usuarios se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre:

La puntuación global del EEAG y la satisfacción con la comida ($r = 0,94$; $p < 0,05$) y con no tener pareja ($r = -0,101$; $p < 0,05$).

La escala de *Cuidado personal* del DAS-I y satisfacción con el lugar de residencia ($r = -0,101$; $p < 0,05$), comida ($r = -0,93$; $p < 0,05$) y ropa ($r = -0,117$; $p < 0,05$).

La escala de *Ocupación* del DAS-I lugar de residencia ($r = -0,088$; $p < 0,05$) y su barrio como lugar para vivir ($r = -0,103$; $p < 0,05$).

La escala de *Familia y hogar* del DAS-I y su alojamiento ($r = -0,092$; $p < 0,05$) y su relación con su familia ($r = -0,151$; $p < 0,01$).

La escala de *Contexto social* del DAS-I y lugar de residencia ($r = -0,107$; $p < 0,05$) y actividades de ocio ($r = -0,097$; $p < 0,05$).

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Este trabajo presenta fundamentalmente los resultados obtenidos en calidad de vida y funcionamiento psicosocial en una muestra de usuarios de recursos de atención social para personas con enfermedad mental grave y crónica de la Comunidad de Madrid. Teniendo en cuenta la población a la que van dirigidos estos recursos, los resultados de funcionamiento psicosocial de los participantes resultan, en cierta medida, esperables ya que muestran una importante afectación. La escala global de funcionamiento (EEAG) indica

importantes problemas en este sentido, señalando dificultades de moderadas a graves entre los participantes, con puntuaciones medias muy parecidas a lo encontrado por otros autores en muestras de similares características (Hansson, Middelboe, Sørgaard *et al.*, 2002). La DAS-I, ayuda a concretar qué áreas del funcionamiento psicosocial están especialmente afectadas en esta población. Y así, aunque todas las escalas consideradas por este instrumento muestran una discapacidad obvia, también es cierto, que esto parece especialmente acentuado en el caso del área denominada como Ocupación, que nos habla del desempeño de las personas en su empleo, estudios, labores del hogar, etc.

En este trabajo también se ha abordado la coherencia entre las dos medidas de funcionamiento utilizadas. Esto surge principalmente por las limitaciones que algunos trabajos han señalado respecto al EEAG, especialmente la consideración conjunta de síntomas y funcionamiento, en una única puntuación (Bacon *et al.*, 2002; Moos *et al.*, 2000). Algunos autores han señalado que la puntuación de este instrumento correlaciona más fuertemente con escalas de síntomas que con otras medidas de funcionamiento, es decir, estaría influida fundamentalmente por los síntomas. En este caso los resultados encontrados irían en la línea de otros autores que han apuntado la correlación clara entre esta medida de funcionamiento global y otras medidas de funcionamiento (Gaité *et al.*, 2005; Greenberg y Rosenheck, 2005) ya que se han encontrado correlaciones significativas entre los dos instrumentos de medida utilizados.

A lo largo de las últimas dos décadas diferentes trabajos han intentado clarificar la relación entre calidad de vida y funcionamiento en el caso de las personas con trastornos mentales graves y crónicos (Becker, Leese, Krumm *et al.*, 2005; Norman, Malla, McLean *et al.*, 2000). Sin embargo, estos esfuerzos no han proporcionado resultados sólidos y consistentes, en gran medida por la complejidad del propio constructo de calidad de vida. En muchas ocasiones la investigación sobre calidad de vida se ha centrado en la influencia de los síntomas, en otros casos, se han considerado aspectos únicamente subjetivos, mientras que en otros trabajos se han complementado estas medidas con marcadores objetivos sobre las condiciones de vida de estas personas, aspectos que parecen estar débilmente relacionados (Fitzgerald, Williams y Corteling, 2001). Esto, por supuesto, ha marcado importantes diferencias en cuanto a los resultados encontrados y las conclusiones de los diversos trabajos (Eack, Newhill, Anderson y Rotondi, 2007). En este caso las relaciones entre ambos aspectos también parecen escasas, aunque en algunos casos aparecen algunos vínculos en cierta medida esperables. Así por ejemplo, la escala de Funcionamiento en el contexto familiar y hogar de la DAS correlaciona significativamente con la satisfacción con su alojamiento y con su relación con su familia, y en el caso de la escala de Cuidado personal aparece correlación con algunos aspectos más "físicos" relacionados con el alojamiento, la comida y la ropa.

Diversos estudios han apuntado la existencia de diferencias importantes entre varones y mujeres con trastornos mentales graves en los más diversos aspectos, incluyendo el funcionamiento psicosocial (Usall, Araya, Ochoa *et al.*, 2001), y en menor medida en calidad de vida (Bengtsson-Tops y Hansson 1999; Eack *et al.*, 2007; Picardi, Rucci, Giovanni *et al.*, 2006). En general, estos trabajos han encontrado un mejor funcionamiento psicosocial en el caso de las mujeres. En nuestro caso, al igual que otros autores (Hintikka, Saarinen, Tanskanen *et al.*, 1999) no aparecieron diferencias cuando se consideró el funcionamiento como una única medida global (EEAG). Tan sólo se han encontrado diferencias significativas respecto a una de las escalas de funcionamiento evaluada mediante el DAS, el Funcionamiento ocupacional. Al igual que en otros estudios previos (Andia, Zisook, Heaton *et al.*, 1995; Galuppi, Turola, Nanni *et al.*, 2010; McGlashan y Bardenstein, 1990; Test, Burke y Wallisch, 1990) las mujeres parecen presentar menores dificultades en este área.

Para finalizar, aunque es necesario señalar que este trabajo presenta, por supuesto, algunas limitaciones como la medida de calidad de vida (que considera sólo aspectos subjetivos), la selección de la muestra, la ausencia de grupo control, etc., ha intentado aportar algo de luz a la descripción de dos aspectos claves para la comprensión de la situación de las personas con trastornos mentales graves y crónicos en nuestro contexto: la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial.

REFERENCIAS

- Andia, A.M., Zisook, S., Heaton, R.K., Hesselink, J., Jernigan, T., Kuck, J. (1995). Gender differences in schizophrenia. *Journal Nervous and Mental Diseases*, 183, 522-528.
- American Psychologists Association/CAPP Task Force on serious mental illness and severe emotional disturbance (2005). *Training Grid outlining best Practices for recovery and Improved Outcomes for people with Serious Mental Illness*. Washington: APA (www.apa.org/practice/grid.html, mayo 2005)
- Bacon, S.F., Collis, M.J. y Plake, E.V. (2002). Does the Global Assessment of Functioning Assess Functioning? *Journal of Mental Health Counseling*, 24, 3, 202-212.
- Blanco, A., Navarro, D. y Pastor, A. (2010). Evaluación funcional y diseño del plan individualizado de rehabilitación. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Coords) *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Bobes, J., González, M.P. y Bousoño, M. (1995). *Calidad de vida en las esquizofrenias*. Barcelona: J.R. Prous.

- Brekke, J.; Kay, D.; Lee, K. y Green, M.F. (2005). Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 80, 213-225.
- Brekke, J.S. y Long, J.D. (2000). Community-based psychosocial rehabilitation and prospective change in functional, clinical, and subjective experience variables in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 667-680.
- Casas, E. Escandell, M. J., Ribas, M. y Ochoa, S. (2010). Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 105, 25-47.
- Eack, S.M., Newhill, C.E., Anderson, C.M. y Rotondi, A.J. (2007). Quality of Life for Persons Living with Schizophrenia: More Than Just Symptoms. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30, 3, 219-222.
- Fitzgerald, P.B., Williams, C.L., Corteling, N., Filia, S.L., Brewer, K., Adams, A., de Castella, R.A., Rolfe, T., Davey, P. y Kulkarni, J. (2001). Subject and observer-rated quality of life in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 387-392.
- Gaite, L., Vázquez-Barquero, J.L., Herrán, A., Thornicroft, G., Becker, T., Sierra-Biddle, D., Ruggeri, M., Schene, V., Knapp, M., Vázquez-Bourgon, J. y EPSILON Group. (2005). Main determinants of Global Assessment of Functioning score in schizophrenia: a European multicenter study. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 440-446.
- Galuppi, A., Turola, M.C., Nanni, M.G., Mazzoni, P. y Grassi, L. (2010). Schizophrenia and quality of life: how important are symptoms and functioning? *International Journal of Mental Health Systems*, 4, 31-39.
- Giner, J., Ibáñez, E., Cervera, S., Sanmartín, A. y Caballero, R. (2001). Experiencia subjetiva y calidad de vida en la esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29, 4, 233-242.
- González, J. y Rodríguez, A. (coords) (2002). *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. Madrid: Consejería de Servicios Sociales.
- Greenberg, G.A. y Rosenheck, R.A. (2005). Using the GAF as a national mental health outcome measure in the Department of Veterans Affairs. *Psychiatric Services*, 56, 4, 420-6.
- Hansson, L., Middelboe, T., Sørgaard, K.W., Bengtsson-Tops, A., Bjarnason Omerinder, L., Nilsson, L., Sandlund, M., Korkeila, J. y Vinding, H.R. (2002). Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 343-350.
- Hasanah, C.I. y Razali, M.S. (2002). Quality of life: an assessment of the state of psychosocial rehabilitation of patients with schizophrenia in the community. *Journal of the Royal Society of Health*, 122, 251-255.
- Hintikka, J., Saarinen, P., Tanskanen, A., Koivumaa-Honkanen, H., Viinama`ki, H (1999). Gender differences in living skills and global assessment of functioning among outpatients with schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 226-231.
- Lieberman R.P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca.
- Moos, R., McCoy, L. y Moos, B. (2000). Global assessment of functioning (GAF) ratings: Determinants and role as predictors of one-year treatment outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 449-461.
- Mubarak, A.R. y Barber, J.G. (2003). Emotional expressiveness and the quality of life of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 380-384.
- Muñoz, M., Panadero, S. y Rodríguez, A. (2010). Evaluación de servicios en rehabilitación psicosocial. En A. Pastor, A. Blanco y D. Navarro (Eds) *Manual de rehabilitación del trastorno mental grave*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Muñoz, M., Panadero, S., Rodríguez, A. (2010). Evaluación de resultados de la rehabilitación psicosocial. En J.A. Fernández, R. Touriño, N. Benítez y C. Abelleira (coords) *Evaluación en rehabilitación psicosocial*. Valladolid: FEARP.
- Muñoz, M., Panadero, S., Rodríguez, A. y Pérez, E. (2009). Evaluación de la atención a las personas con enfermedad mental grave y persistente: la experiencia de Madrid. *Clínica y Salud*, 20, 1, 43-56.
- Muñoz; M., Pérez Santos, E., López; A. y Panadero, S. (1999). Apuntes para la medida de la calidad de vida en la rehabilitación psicosocial de enfermos mentales crónicos. *Boletín de la Asociación Madrileña de Rehabilitación Psicosocial*, 10-11, 20-26.
- Norman, R.M.G., Malla, A.K., McLean, T., Voruganti, L.P.N., Cortese, L., McIntosh, E., Cheng, S. y Rickwood, A. (2000). The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the Quality of Life Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 303-309.

- Phelan, M., Wykes, T. y Goldman, H. (1996). Global function scales. En G. Thornicroft y M. Tansella (Eds) *Mental health outcome measures*. Nueva York: Springer.
- Picardi, A., Rucci, P., Girolamo, G., Santone, G., Borsetti, G. y Morosini, P. (2006). The quality of life of the mentally ill living in residential facilities Findings from a national survey in Italy. *European Archives of Psychiatry Clinical Neuroscience*, 256, 372-381.
- Rodríguez, A., Muñoz, M. y Panadero, S. (2007). Descripción de una red de recursos de atención social para personas con enfermedad mental grave y crónica: el caso de la Comunidad de Madrid. *Rehabilitación psicosocial*, 4, 41-48.
- Sañudo, J.I., Herrero, S., Lamas, F.J. y Franco, M.D. (2010). Calidad de vida subjetiva y síntomas psicóticos básicos en pacientes con esquizofrenia en distintos recursos asistenciales: un estudio preliminar. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 6, 67-72.
- Sederer, L. y Dickey, B. (1996). *Outcomes assessment in clinical practice*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Test, M.A., Burke, S.S. y Wallisch, L.S. (1990). Gender differences of young adults with schizophrenic disorders in community care. *Schizophrenia Bulletin*, 331-344.
- Thornicroft, G. y Tansella, M. (1996). *Mental health outcomes measures*. New York: Spinger.
- Touriño, R. (2010). Evaluación de la calidad de vida en rehabilitación psicosocial. En J.A. Fernández, R. Touriño, N. Benítez y C. Abelleira (coords) *Evaluación en rehabilitación psicosocial*. Valladolid: FEARP.
- Usall, J., Araya, S., Ochoa, S., Busquets, E., Gost, A. y Márquez, M. and the Assessment Research Group in Schizophrenia (NEDES) (2001). Gender Differences in a Sample of Schizophrenic Outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 4, 301-305.
- Valiente, C., Vázquez, C. y Simon, P. (2010). Marco teórico de la evaluación: desde la rehabilitación psicosocial a la recuperación. En J.A. Fernández, R. Touriño, N. Benítez y C. Abelleira (coords) *Evaluación en rehabilitación psicosocial*. Valladolid: FEARP.
- Vázquez, C., Muñoz, M., Muñiz, E., López-Luengo, B., Hernangómez, L y Díez, M. (2000). La evaluación de resultados en el tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales crónicos. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 20, 74, 207-228.

AGRADECIMIENTOS

A Abelardo Rodríguez, Coordinador Técnico de la Red Pública de Atención Social a personas con enfermedad mental grave y duradera (Consejería de Familia y Asuntos Sociales, Comunidad de Madrid) y a los profesionales de dicha red de recursos, encargados de la recogida de datos incluidos en el presente artículo.