

## Escala de Riesgo Psicosocial FEAFES Castilla y León (ERP): procedimiento de construcción mediante metodología cualitativa y presentación de la escala

### *FEAFES Castilla León Psychosocial Risk Scale (PRS): construction procedure using qualitative methodology and presentation of the scale*

Martín L. Vargas (1), Patricia Quintanilla (2), Beatriz Vega (3) y Ángel Lozano (4).

(1) Psiquiatra. Servicio de psiquiatría. Complejo Asistencial de Segovia.

(2) Trabajadora social. Coordinadora técnica de FEAFES Castilla y León.

(3) Economista. Técnico de calidad de FEAFES Castilla y León.

(4) Trabajador Social. Gerente de FEAFES Castilla y León.

**Resumen:** Objetivos: El envejecimiento es un problema prioritario de salud en las personas con enfermedad mental, especialmente en la generación que actualmente se acerca a la edad geriátrica y que ha sido atendida en el marco de la reforma psiquiátrica y de la desinstitucionalización. El objetivo es crear una escala que detecte de manera válida, fiable y eficiente el riesgo psicosocial asociado al envejecimiento en personas con enfermedad mental. Metodología: se ha utilizado metodología cualitativa mediante grupos nominales. Han participado 106 personas de todas las provincias de Castilla y León, de poblaciones de distinto tamaño. Han participado tanto enfermos como familiares y profesionales. Resultados: Se han detectado 40 necesidades, que se han priorizado. Conclusiones: Los 10 ítems que componen la escala son: recursos económicos, tratamiento farmacológico, vivienda, equipo de salud mental, familia, equipo de atención primaria, autonomía personal, hábitos de salud, ocupación y entorno.

**Palabras clave:** evaluación de la discapacidad, soporte social, envejecimiento, investigación cualitativa, salud mental.

**Abstract:** Aging is a priority health problem in the mentally ill people, mainly in the generation that nowadays is near the geriatric age and who have been attended under the psychiatric reform and deinstitutionalization frame. The objective is to create one scale to detect age related psychosocial risk in a valid, reliable and efficient way in the mentally ill people. Method: It has been used qualitative methodology by mean of nominal groups . One hundred and six people from all the provinces of Castilla y León have participated, proceeding from different size populations. Patients, as well as relatives and professionals have participated. Results: Forty needs were detected, and it were priori-

tized. Conclusions: The 10 items composing the scale are: economical resources, pharmacological treatment, housing, mental health team, family, primary care team, personal autonomy, health habits, occupation and environment.

**Key Words:** Disability Evaluation, Social Support, aging, Qualitative Research, Mental Health Disability Evaluation, Social Support, aging, Qualitative Research, Mental Health.

## Introducción

El envejecimiento es una de las principales características demográficas de Castilla y León tal y como se describe en el Plan de Atención Sanitaria Geriátrica en Castilla y León 2005-2007 [1]. Castilla y León, con una esperanza de vida de 80,5 años y un 23 % de la población mayor de 65 años es una de las Comunidades Autónomas más envejecida de España y de Europa. Ello es fruto en parte del alto nivel de cuidados de salud y de protección social que se disfrutan en nuestra Comunidad.

Pero las Personas con Trastorno Mental Grave (PTMG) disfrutan en menor medida de tal longevidad. El grupo de las PTMG está formado principalmente por personas con esquizofrenia, trastorno bipolar y trastornos depresivos crónicos y graves. Se conoce que la esperanza de vida en la esquizofrenia, que es la enfermedad principal de este grupo poblacional, está reducida en aproximadamente un 20 % [2]. Ello se debe principalmente a una mayor prevalencia de patología cardiovascular, suicidio y hábitos tóxicos como el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. El efecto adverso del tratamiento mantenido con psicofármacos como los antipsicóticos también contribuye a una mayor prevalencia de diversos problemas de salud: diabetes mellitus, síndrome metabólico y discinesia tardía. Incluso se ha propuesto la existencia de un síndrome primario de envejecimiento acelerado en la esquizofrenia [3]. El papel de la atención primaria es fundamental para el mantenimiento general de la salud en las PTMG. Mediante grupos focales se ha estudiado su importancia, encontrándose una alta valoración por parte de las PTMG de la continuidad de cuidados, y del optimismo y capacidad de escucha de los profesionales de atención primaria [4].

La Estrategia Regional de salud mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León [5], reconociendo la importancia del envejecimiento en nuestra

Comunidad, se planteó como objetivo específico el desarrollo de programas integrados de atención psicogeriátrica en los Equipos de Salud Mental. Igualmente comparte la propuesta de la OMS, el definir como una prioridad política el “reconocer y apoyar la importancia de la salud mental en la vejez”. En la misma línea de prioridad, la Estrategia Nacional de Salud Mental [6] asume como propio el objetivo de la Unión Europea de “Promover el envejecimiento (mentalmente) saludable”.

Las necesidades asociadas al envejecimiento en las PTMG se han estudiado principalmente desde la perspectiva del psicogeriatra o de los cuidadores [7]. Las necesidades percibidas por los familiares de las PTMG se han estudiado en los EEUU [8] mediante una encuesta a 157 madres de PTMG, que tuvieron una edad media de 67 años. Este estudio puso de manifiesto que las necesidades que se percibían como no cubiertas eran: 1) programas de apoyo social y para el ocio, 2) entrenamiento en el manejo de la conducta y 3) información para la planificación del futuro. Las necesidades no cubiertas eran mayores cuando los hijos/as pasaban mucho tiempo fuera de casa y cuando tenían peor salud general. Percibían más necesidades no satisfechas las madres que tenían ellas mismas peor salud.

Pero aún se conocen insuficientemente los siguientes aspectos del envejecimiento en las PTMG:

- Las necesidades percibidas desde la perspectiva de los propios enfermos.
- Una visión integral biopsicosocial de las condiciones de salud, que considere no sólo los aspectos puramente médicos sino también la calidad de vida y el bienestar subjetivo, así como los condicionantes sociales de la salud.
- Las necesidades percibidas específicamente en las PTMG de Castilla y León.



Para subsanar esta carencia de conocimiento es necesario disponer de un instrumento que permita evaluar de manera válida el riesgo psicosocial asociado al envejecimiento en este grupo de población. El objetivo del estudio es construir un instrumento de medida del riesgo psicosocial asociado al envejecimiento en las PTMG, que sea válido para la población de Castilla y León y de aplicación breve para su uso clínico sistemático como instrumento de cribado. Para ello un primer objetivo específico será detectar las necesidades que se perciben como prioritarias en el envejecimiento saludable de las PTMG desde una perspectiva de salud integral biopsicosocial. Puesto que se trata de condicionantes de la salud subjetivamente percibidos, se tendrán en cuenta la percepción desde las perspectivas de los tres agentes implicados en este problema de salud, que son:

1. Las propias PTMG.
2. Los cuidadores familiares.
3. Los profesionales de Salud Mental, de Atención Primaria y de Servicios Sociales.

Como segundo objetivo específico, una vez detectadas las necesidades prioritarias, se construirá en base a ellas un cuestionario para la detección de PTMG en situación de riesgo psicosocial asociado al proceso de envejecimiento. Será un cuestionario breve de 10 ítem con respuestas tipo Likert de cinco opciones. Entendemos por riesgo psicosocial asociado a la edad en PTMG como la situación derivada de factores psicológicos y sociales específicos que incrementan el riesgo de sufrir problemas de salud durante el proceso de envejecimiento. Se asumirá que las PTMG que no tengan cubiertas las necesidades detectadas se encuentran en riesgo psicosocial durante el envejecimiento.

Se pretende que los resultados del estudio sean útiles en la planificación de servicios y prestaciones tanto de salud mental como sociosanitarias, más aún en el momento actual en el que la primera generación de PTMG que se benefició de la desinstitutionalización psiquiátrica a principios de los años 80 comienza a envejecer y a perder, por fallecimiento, el apoyo de sus padres. Se pretende que la escala resultante pueda ser de utilidad como instrumento de cribado para la

detección de PTMG en riesgo psicosocial en dispositivos asistenciales sanitarios o sociales.

## Material y métodos

### Sujetos

Se ha solicitado la participación de tres tipos de sujetos de estudio: enfermos, familiares y profesionales. Para la detección inicial de necesidades se han realizado grupos nominales [9], optando así por una técnica cualitativa que permitiera la detección de dimensiones del problema estudiado sin partir de juicios previos. Cada grupo nominal se formó por un solo tipo de sujetos, distribuyendo la muestra por igual en función del tipo de participante (paciente, familiar o profesional), tamaño del lugar de residencia y provincia. Se estimó que cada grupo generaría la detección de cerca de 20 necesidades. Igualmente se estimó una redundancia de al menos el 70 % entre las necesidades detectadas en los nueve grupos, con lo cual finalmente se pretendía detectar al menos 30 necesidades que servirán para elaborar el instrumento de medida.

Así, se realizaron 9 grupos:

- Tres grupos con enfermos, 3 con familiares y 3 con profesionales (el grupo de profesionales de Palencia se dividió en dos subgrupos por su elevado número de participantes).
- Tres grupos se hicieron con participantes residentes o profesionales de municipios mayores de 50.000 habitantes, 3 en municipios de 10.000 a 50.000 habitantes y 3 en municipios de menos de 10.000 habitantes.
- Cada grupo tuvo lugar en una de las 9 provincias de Castilla y León.

Tuvieron lugar 9 grupos nominales independientes, tal y como se muestra en la tabla 1. En total participaron 106 personas. Los profesionales (n = 46) fueron: 15 psicólogos, 10 psiquiatras, 7 enfermeras, 4 estudiantes, 3 trabajadores sociales, 2 terapeutas ocupacionales, 2 auxiliares de enfermería, 2 monitoras y 1 desconocido. Todos ellos tenían experiencia profesional en la atención a PTMG. Como criterio de exclusión se consideró la motivación insuficiente o dificultades importantes para establecer consensos. Los

familiares (n = 35) fueron: 15 madres, 10 padres, 6 hermanos/as, 2 cónyuges, 1 hijo y 1 cuñado. Todos ellos convivían con algún enfermo psiquiátrico regularmente. Se consideró criterio de exclusión de los familiares la incapacidad para comprender la técnica del grupo nominal por problemas cognitivos o de instrucción. Los enfermos participantes (n = 35) fueron participantes de las actividades de FEAFES (asociación de familiares y enfermos mentales de implantación nacional), todos ellos con alguna enfermedad mental grave, según informe verbal del propio paciente y con confirmación de un técnico de FEAFES. En su gran mayoría se trataba de personas con esquizofrenia. Participaron 27 varones y 8 mujeres, con una edad media de 44,4 años (DS: 12). Se consideró criterio de exclusión el estar actualmente hospitalizado en unidades de agudos, admitiéndose a personas residentes en pisos tutelados, miniresidencias o en unidades de rehabilitación hospitalaria.

Todos los participantes concedieron consentimiento verbal para la participación en los grupos tras informarles de los objetivos de los mismos.

### Método

Los grupos se reunieron en una única sesión durante un tiempo de entre dos y tres horas y fueron coordinados por uno de los investigadores. A cada grupo se le hizo una pregunta abierta. *“¿Qué necesidades tienen las personas con Trastorno Mental Grave de edades comprendidas entre 50 y 65 años en Castilla y León?”*

Los grupos transcurrieron en cuatro etapas: 1) Detección individual de necesidades, 2) Agrupa-

ción, 3) Priorización individual, 4) Priorización grupal. En la figura 1 se muestra un ejemplo de la fase de detección individual de necesidades y de agrupación de tarjetas, cada una de las cuales contiene una necesidad detectada por uno de los participantes. Los participantes han prestado consentimiento para la difusión con fines científicos de la imagen.

En cada grupo se generaron varias necesidades detectadas, las cuales se priorizaron primero individualmente y luego grupalmente atendiendo a dos criterios: la cantidad de personas a las que afecta y la posibilidad de que dicha necesidad pueda ser resuelta. Las prioridades generaron una variable ordinal, desde la de mayor prioridad a la de menor. Para poder comparar las prioridades entre los distintos grupos, cuyo número de necesidades detectadas era variable, se transformaron las variables ordinales en puntuaciones Z para cada grupo. De esta manera las puntuaciones tipificadas Z que obtuvo cada necesidad detectada pudieron compararse después entre los distintos grupos.

Por último, los investigadores agruparon según contenidos similares y redundantes las necesidades detectadas en los distintos grupos. Para priorizar estas necesidades se calculó una índice de prioridad para cada necesidad  $N_i$  calculado mediante la fórmula:

$$I = P + G, \text{ donde:}$$

- P = media de las prioridades asignadas a  $N_i$  en los distintos grupos nominales.
- G = número de grupos en los que dicha necesidad fue detectada.

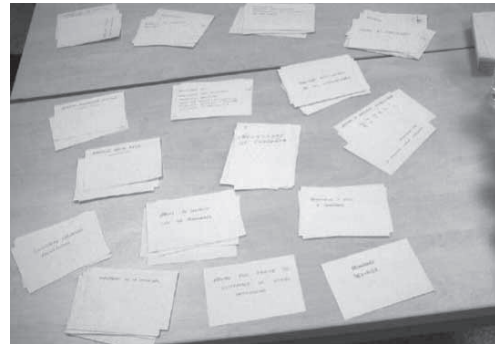
Tabla 1: Composición de los grupos nominales

Tamaño del municipio	Profesionales	Familiares de PTMG	Pacientes
Pequeño (<10.000 hab.)	Zamora (profesionales que atienden pueblos)	Barco de Ávila (2.624 hab.)	Tudela de Duero (7.946 hab.)
Mediano (10.000 -50.000hab.)	Soria (39.079 hab.)	Astorga (12.078 hab.)	Aranda de Duero (32.460 hab.)
Grande (>50.000 hab.)	Palencia (82.626 hab.)	Segovia (56.858 hab.)	Salamanca (155.740 hab.)

**Figura 1: Detección individual de necesidades y agrupación de tarjetas**



1.a. Detección individual de necesidades.



1.b. Agrupación de tarjetas.

Tanto P como G se computaron expresados en puntuaciones Z. Cuanto mayor fuera I, mayor fue la prioridad total asignada. De esta manera se consideraron más importantes aquellas necesidades que fueron consideradas importantes por un mayor número de grupos.

Por último, en la elaboración de la escala se eligieron los diez ítems que tuvieron una mayor prioridad en el cómputo global. El resto de ítems se incluyeron en su mayoría como matices de significado en el proceso de puntuación de la escala.

### Resultados

En la tabla 2 se muestran las 40 necesidades detectadas por el conjunto de los 9 grupos, ordenadas según su prioridad.

En el anexo se presenta la “Escala de Riesgo Psicosocial FEAFES Castilla y León” (ERP). Esta escala se ha elaborado considerando los ítems que lograron máxima prioridad. Para elaborar los criterios de puntuación en la escala de 0 a 4 se han considerado igualmente las necesidades detecta-

**Tabla 2: Necesidades detectadas, ordenadas por orden decreciente de prioridad**

1. Tiene independencia económica, ya sea por sus propios recursos o por prestaciones económicas.
2. Tiene un tratamiento farmacológico para su enfermedad psiquiátrica correcto y supervisado y se adhiere a él para prevenir recaídas.
3. Tiene una vivienda adecuada.
4. Dispone de atención profesional en salud mental adecuada, integral, afectuosa, coordinada, accesible, continuada y si es preciso domiciliaria.
5. Dispone de alternativas residenciales adecuadas para personas con enfermedad mental incluida la edad geriátrica.
6. Cuenta con el afecto, compañía y apoyo de la familia.
7. Disfruta de una asistencia sanitaria en atención primaria próxima, adecuada y accesible.
8. Tiene apoyos para lograr su autonomía personal, toma sus propias decisiones, se ocupa adecuadamente de sus autocuidados y del manejo de su dinero y cuida su hogar.
9. Dispone de ayuda a domicilio y seguimiento domiciliario multiprofesional si lo precisa.
10. Tiene hábitos de vida saludables y hace deporte regularmente.
11. Realiza actividades ocupacionales o tiene empleo adecuados a su capacidad.

12. Tiene buen apoyo y aceptación social en un entorno no estigmatizante y comprensivo.
13. Su entorno tiene buenas políticas de apoyo al discapacitado y colabora con la familia.
14. Cuenta con el afecto, aceptación y compañía de los amigos.
15. Su entorno dispone de un sistema especializado de ingresos involuntarios para enfermos psiquiátricos.
16. Tiene adecuado tratamiento psicológico.
17. Tiene o recupera un trabajo adecuado para él/ella y es bien aceptado en él.
18. Recibe ayuda en el caso de que esté indomiciliado/a.
19. Tiene apoyo profesional de servicios sociales adecuado, accesible, individualizado y continuado.
20. Disfruta del ocio de manera creativa, socializadora y saludable.
21. Dispone de adecuados recursos asistenciales de rehabilitación psicosocial, así como de clubs de ocio bien dotados de recursos materiales.
22. Recibe ayuda en el caso de que esté en prisión.
23. Su entorno dispone de adecuados medios de transporte y buena accesibilidad a nuevas tecnologías y servicios.
24. Tiene apoyo y ayudas económicas y sociales que fomentan su autonomía y desarrollo personal.
25. Su familia está adecuadamente apoyada e informada y recibe psicoterapia si la precisa.
26. Dispone de una atención sanitaria especializada no psiquiátrica accesible.
27. Está bien informado y comprende su enfermedad.
28. Tiene apoyo para la realización de trámites burocráticos y disfruta de una adecuada supervisión por su tutor si está incapacitado/a.
29. Tiene adecuada atención a aspectos específicos de la salud: problemas asociados a la edad, higiene bucal o efectos adversos del tratamiento psiquiátrico.
30. Tiene apoyo para cuidar su red familiar y social.
31. Participa activamente en relaciones sociales, asociativas, de ayuda mutua o de otro tipo.
32. Tiene buena educación sanitaria general.
33. Su sistema sanitario es de calidad en la gestión de programas asistenciales, y en la dotación, formación y dedicación de los profesionales de salud mental.
34. Tiene buena autoestima.
35. Tiene apoyo para la formación y el acceso a la cultura.
36. Tiene un entorno tranquilo y no estresante.
37. Tiene ayudas económicas para el transporte.
38. Tiene apoyo de la comunidad religiosa.
39. Tiene apoyo afectivo para atender a las necesidades específicas del momento de su ciclo vital como el fallecimiento de los padres o la atención a los hijos.
40. Disfruta de una sexualidad satisfactoria.

das con menor prioridad. La escala de 0 a 4 sigue la pauta general de puntuar como 4 la mejor situación posible en cada ítem y como 0 la peor

situación. Reciben 4 puntos los casos en los que la necesidad está correctamente cubierta sin apoyos. Reciben 3 puntos aquellos casos en los que

la necesidad está correctamente cubierta con apoyos. Reciben 2 puntos los casos en los que sólo se cubren los mínimos y pueden dejar de cubrirse si desaparecen los apoyos. Reciben un punto los casos en los que la necesidad sólo está cubierta en momentos excepcionales. Reciben un o los casos en los que la necesidad no ha estado nunca cubierta durante el periodo de exploración, que se considera de un mes.

### Conclusiones

Se ha realizado un estudio para la creación de un instrumento que detecte de manera válida, fiable y eficiente el riesgo psicosocial asociado al envejecimiento en personas con enfermedad mental. En él han participado 106 personas de todas las provincias de Castilla y León y de poblaciones tanto grandes como pequeñas, urbanas como rurales. Han participado tanto enfermos como familiares y profesionales.

Se han detectado 40 necesidades que se estima deben estar cubiertas para garantizar el envejecimiento saludable de las personas con enfermedad mental. Estas 40 necesidades se han priorizado, resultando al final 10 ítems que conforman la escala que se propone para su uso clínico. Estos 10 ítems son: recursos económicos, tratamiento farmacológico, vivienda, equipo de salud mental, familia, equipo de atención primaria, autonomía personal, hábitos de salud, ocupación y entorno.

Consideramos que por la metodología cualitativa utilizada en la detección de los ítems y por la selección de los grupos participantes se trata de una escala de alta validez de contenido para nuestro entorno de Castilla y León.

No obstante, antes de su uso clínico, es necesario realizar estudios complementarios que permitan conocer su fiabilidad y su potencia diagnóstica en la detección efectiva de sujetos de riesgo.

---

### Bibliografía

1. Junta de Castilla y León. Plan de Atención Sanitaria Geriátrica en Castilla y León 2005-2007. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2005.
2. Hennekens, C.H., et al., Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J*, 2005. 150(6): p. 1115-21.
3. Kirkpatrick, B., et al., Is schizophrenia a syndrome of accelerated aging? *Schizophr Bull*, 2008. 34(6): p. 1024-32.
4. Lester, H., Current issues in providing primary medical care to people with serious mental illness. *Int J Psychiatry Med*, 2006. 36(1): p. 1-12.
5. Junta de Castilla y León. Estrategia regional de salud mental y asistencia psiquiátrica en Castilla y León. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2003.
6. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
7. Vitaliano, P.P., W. Katon, and J. Unutzer, Making the case for caregiver research in geriatric psychiatry. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2005. 13(10): p. 834-43.
8. Smith, G.C., Patterns and predictors of service use and unmet needs among aging families of adults with severe mental illness. *Psychiatr Serv*, 2003. 54(6): p. 871-7.
9. Berra de Unamuno, A., I. Marín León, and R. Álvarez Gil, Metodología de expertos. Consenso en medicina. 1996, Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

### Agradecimientos:

Los autores agradecen a todos los participantes en el estudio su disponibilidad y colaboración durante el desarrollo de las sesiones. Este trabajo ha recibido financiación de la Junta de Castilla y León con cargo a las ayudas a proyectos de investigación en materia sociosanitaria (ORDEN SAN/1056/2010). Ha recibido también financiación de la Fundación Astra-Zeneca.

### **Anexo: Escala de Riesgo Psicosocial FEAFES Castilla y León (ERP)**

(Vargas, Quintanilla, Vega y Lozano, 2010)

La escala se aplicará por un profesional entrenado, considerando todas las fuentes de información que estén a su alcance. Cada uno de los diez ítems recibirá una puntuación de 0 a 4, de tal manera que los valores más altos indican mejores condiciones psicosociales. Las puntuaciones más bajas indican un mayor riesgo psicosocial. Cada ítem recibirá el valor que mejor describa el estado del sujeto en el último mes. La puntuación total en la escala se obtendrá mediante la suma de los diez ítems.

#### **1. Recursos económicos**

- 0. No tiene ninguna fuente de ingresos, o bien ésta es la mendicidad o el delito.
  - 1. *No cubre sus necesidades económicas básicas, o si las cubre su fuente de ingresos es inestable.*
  - 2. *Tiene ingresos estables que cubren exclusivamente sus necesidades básicas.*
  - 3. *Tiene ingresos regulares que cubren holgadamente sus necesidades básicas, pero no dispone de dinero ahorrado.*
  - 4. *Tiene una fuente regular y estable de ingresos que cubre holgadamente todas sus necesidades. Tiene además dinero ahorrado.*

#### **2. Tratamiento farmacológico**

- 0. Necesitaría tratamiento farmacológico para su trastorno psiquiátrico, pero no lo ha tomado nunca en el último mes.
  - 1. Toma el tratamiento de manera irregular e insuficiente.
  - 2. Toma el tratamiento tal y como está prescrito, pero sin adherencia terapéutica y sólo si se le supervisa.
  - 3. Toma correctamente el tratamiento prescrito y tiene adherencia al mismo, pero necesita supervisión.
  - 4. Toma correctamente y con autonomía el tratamiento prescrito y tiene buena adherencia al mismo. O bien no precisa tratamiento farmacológico.

#### **3. Vivienda**

- 0. Está indomiciliado y no recibe apoyos sociales.
  - 1. Se aloja en albergues, pensiones sociales, viviendas de amigos o similares, de manera irregular y cambiante.
  - 2. Tiene alojamiento estable, pero con importantes carencias. Su alojamiento no puede considerarse un hogar: p.e. una pensión impersonal, un piso en malas condiciones o comparte vivienda con desconocidos. O bien vive en un dispositivo residencial claramente inadecuado para su edad.
  - 3. Vive en un dispositivo residencial para personas con enfermedad mental adecuado a su edad y en él se encuentra integrado. O bien su residencia normalizada tiene algunas carencias.
  - 4. Tiene una vivienda estable, normalizada y adecuada, ya sea que viva con su familia de origen, con su propia familia, con compañeros o él/ella sólo/a. Su vivienda constituye un auténtico hogar.

#### **4. Equipo de Salud Mental**

- 0. No tiene ningún profesional de salud mental de referencia, a pesar de que tome tratamiento psicofarmacológico o de que tenga profesionales de atención primaria de referencia. Es reticente a relacionarse con profesionales de la salud mental.
  - 1. No tiene ningún psiquiatra de referencia pero acepta la posibilidad de tenerlo. Puede relacionarse ocasionalmente con otros profesionales de salud mental.
  - 2. Mantiene contacto regular pero impersonal con un psiquiatra. No tiene otros profesionales de salud mental de referencia.
  - 3. Mantiene contacto frecuente y empático con un psiquiatra, que está disponible en caso de crisis. O bien es atendido por un equipo multiprofesional con algunas carencias.
  - 4. Es atendido por un equipo multiprofesional, que atiende su trastorno psiquiátrico de una manera integral, afectuosa y coordinada. El equipo profesional es fácilmente accesible, presta atención continuada y de ser preciso presta atención domiciliaria. Existe un protocolo de tratamiento asertivo comunitario.





## 5. Familia

- o. No tiene ningún vínculo familiar. Si tiene familiares no se relaciona nunca con ellos.
- 1. Tiene algún familiar de referencia con el que se relaciona esporádicamente, o bien las relaciones con su familia son claramente conflictivas.
- 2. Mantiene vínculos familiares, pero estos son superficiales, irregulares u ocasionalmente conflictivos.
- 3. Mantiene vínculos familiares adecuados y afectuosos, pero el sujeto tiene un papel poco participativo, o bien la familia participa poco o inadecuadamente en el plan terapéutico.
- 4. Está bien integrado en un grupo familiar, ya sea su familia de origen o su familia propia, y recibe apoyo de ellos. Comparte afecto satisfactoriamente y asume las responsabilidades propias de su rol familiar. Su familia participa adecuadamente en el plan terapéutico y recibe apoyo profesional si lo precisa.

## 6. Equipo de Atención Primaria

- o. No tiene ningún contacto con atención primaria y desconocen que el sujeto tiene una enfermedad mental. O bien no está asignado a ningún equipo de atención primaria.
- 1. Su equipo de atención primaria conoce que el sujeto tiene una enfermedad mental pero no tiene ningún contacto con él ni con su familia.
- 2. El equipo de atención primaria renueva las recetas del sujeto y tiene contacto regular con la familia, pero no con el paciente.
- 3. El paciente acude ocasionalmente a su centro de atención primaria y conoce a su médico de familia. La familia tiene buen apoyo en el equipo de atención primaria.
- 4. Realiza un adecuado seguimiento sanitario en atención primaria. Su equipo de referencia es accesible, presta atención continuada y domiciliaria si es preciso y está bien coordinado con los servicios sociales y de atención especializada. Realiza intervenciones preventivas de la patología médica asociada a la enfermedad o al tratamiento psiquiátrico. Podría supervisar u ocuparse de tratamiento psiquiátrico depot y en el caso de precisarse una intervención psiquiátrica urgente sería un apoyo importante.

## 7. Autonomía personal

- o. Es dependiente de un cuidador que viva con él a diario, pues si no sería incapaz de mantenerse en la comunidad. Si no dispusiera de familia requeriría vivir en una institución psiquiátrica.
- 1. Podría vivir en la comunidad en régimen de vivienda protegida, con supervisión profesional diaria.
- 2. Podría vivir en la comunidad en régimen de vivienda tutelada, con supervisión profesional semanal.
- 3. Es autónomo, pero requiere apoyo en situaciones de dificultad como es la realización de trámites burocráticos, el afrontamiento de eventos vitales o la atención a familiares dependientes. Si está incapacitado, su tutor ejerce efectivamente la tutela.
- 4. Tiene total autonomía personal. Se ocupa adecuadamente de sus autocuidados, maneja correctamente el dinero, hace trámites burocráticos, cuida de su hogar, toma decisiones con autonomía y tiene capacidad para solicitar ayuda cuando lo necesita. Podría hacerse cargo de una persona dependiente. No está incapacitado civilmente.

## 8. Hábitos de salud

- o. No muestra ningún interés por el cuidado de la salud. Descuida la higiene y el cuidado dental, tiene una alimentación claramente inadecuada y consume drogas de abuso ocasionalmente.
- 1. No muestra ningún interés por el cuidado de la salud. Descuida la higiene, tiene una alimentación claramente inadecuada o consume drogas de abuso.
- 2. Descuida la higiene o la alimentación y tiene poco interés por los cuidados de salud. Realiza las pruebas médicas que le recomiendan.
- 3. Hace deporte ocasionalmente, se preocupa de tener hábitos alimentarios correctos. Realiza las pruebas médicas y actividades preventivas que le recomiendan.
- 4. Cuida activamente de su salud. Participa en las intervenciones preventivas que se le recomiendan. No consume sustancias de abuso, a excepción de un consumo moderado de tabaco, café o alcohol. Hace deporte regularmente.

y cuida de su alimentación. Cuida su higiene dental. Cuida su atuendo. Tiene una actividad sexual satisfactoria. Tiene buena autoestima.

#### **9. Ocupación**

0. No realiza ninguna actividad laboral, ocupacional ni de ocio. Tampoco realiza ninguna actividad doméstica.

1. Participa pasivamente en alguna actividad de ocio, o realiza alguna actividad doméstica.

2. Se implica regularmente en alguna actividad de ocio, o bien participa en un taller ocupacional o prelaboral o asume varias tareas domésticas.

3. Está desempleado/a pero busca empleo normalizado activamente, o bien tiene empleo como discapacitado/a en un centro especial de empleo. o bien asume muchas tareas domésticas. Además mantiene alguna actividad de ocio.

4. Tiene empleo normalizado o realiza competentemente todas las tareas domésticas. Además tiene alguna actividad de ocio, que disfruta de manera creativa, socializadora y saludable.

#### **10. Entorno**

0. No tiene ningún apoyo social. No tiene amistades. El entorno puede resultarle hostil.

1. Se relaciona casi exclusivamente con su familia o con los profesionales que le atienden.

2. Tiene algunos amigos/as con los que se encuentra varias veces al mes. La mayoría de sus amistades son otras personas con problemas de salud mental o con problemas sociales.

3. Tiene amigos/as con las que se encuentra varias veces por semana. Tiene amistades no relacionadas con la salud mental. Puede pedir ayuda a algún amigo/a si lo precisa. Su entorno es tolerante y no estigmatizante.

4. El entorno del paciente es tranquilo. Facilita el desarrollo personal y el acceso a la formación y a la cultura. Existen buenas comunicaciones y adecuado acceso a las nuevas tecnologías. Cuenta con buenas políticas de apoyo a la discapacidad. El paciente participa activamente en una red de amistades independiente de la red familiar y de la red de salud mental.