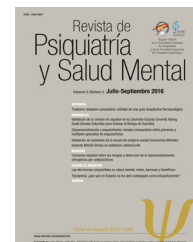




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL

Estudio psicométrico de la Escala de valoración de los Niveles de Atención Requerida para personas con Trastorno Mental Grave (ENAR-TMG)



David Lascorz^{a,*}, Victoria López^b, Carmen Pinedo^b, Joan Trujols^{c,d}, Joan Vegué^b y Víctor Pérez^{d,e,f}

^a Fundación CPB Salud Mental, Barcelona, España

^b Centre Psicoteràpia Barcelona, Serveis de Salut Mental (CPB-SSM), Barcelona, España

^c Servei de Psiquiatria, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

^d Centro de Investigación Biomédica en Red en el área de Salud Mental (CIBERSAM), Barcelona, España

^e Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions, Parc de Salut Mar, Barcelona, España

^f Departament de Psiquiatria i Medicina Legal, Facultat de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Bellaterra, Barcelona, España

Recibido el 17 de julio de 2015; aceptado el 20 de enero de 2016

Disponible en Internet el 8 de marzo de 2016

PALABRAS CLAVE

Trastorno mental grave;
Funcionamiento psicosocial;
Escala de evaluación;
Estudio psicométrico

Resumen

Introducción: Las personas con trastorno mental grave (TMG) presentan importantes dificultades en la vida cotidiana que conllevan la necesidad de una ayuda continuada. Estas necesidades no son fácilmente evaluables con los instrumentos actuales. Por ello se propone una escala multidimensional que evalúa los diferentes niveles de necesidad de atención, y se estudia el comportamiento psicométrico de dicho instrumento.

Método: Ciento treinta y nueve pacientes (58% hombres) con trastorno mental grave fueron evaluados con la Escala de valoración de los Niveles de Atención Requerida para personas con Trastorno Mental Grave (ENAR-TMG) y las versiones españolas del *Camberwell Assessment of Need* la *Health of the Nation Outcome Scales*. Se examinó el comportamiento psicométrico de la ENAR-TMG: a) aportando evidencias de validez basadas en su estructura interna y en la relación con otras variables, y b) estimando la consistencia interna, la estabilidad temporal, la fiabilidad entre evaluadores y la sensibilidad al cambio de las puntuaciones de la ENAR-TMG.

Resultados: Con respecto a las evidencias de validez, cada una de las dimensiones teóricas del instrumento mostró una estructura unifactorial y, menos en un caso, una correlación significativa y positiva con las escalas *Camberwell Assessment of Need* (rango de r : 0,143-0,557) y

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dlascorz@cpbssm.org (D. Lascorz).

Health of the Nation Outcome Scales (rango de r : 0,241-0,474). Asimismo, las puntuaciones de cada una de dichas dimensiones mostraron una consistencia interna aceptable (rango de coeficientes α ordinal: 0,682-0,804), unas excelentes fiabilidades test-retest (rango de coeficientes de correlación intraclase: 0,889-0,999) y entre evaluadores (rango de coeficientes de correlación intraclase: 0,926-0,972), y una sensibilidad al cambio satisfactoria (rango de η^2 : 0,003-0,103).

Conclusiones: El adecuado comportamiento psicométrico de la ENAR-TMG la convierte en un prometedor instrumento para la evaluación del estado y las necesidades de las personas con trastorno mental grave.

© 2016 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Severe mental disorder;
Psychosocial functioning;
Assessment scale;
Psychometric study

Psychometric study of the Required Care Levels for People with Severe Mental Disorder Assessment Scale (ENAR-TMG)

Abstract

Introduction: People with severe mental disorder have significant difficulties in everyday life that involve the need for continued support. These needs are not easily measurable with the currently available tools. Therefore, a multidimensional scale that assesses the different levels of need for care is proposed, including a study of its psychometric properties.

Method: One-hundred and thirty-nine patients (58% men) with a severe mental disorder were assessed using the Required Care Levels for People with Severe Mental Disorder Assessment Scale (ENAR-TMG), the Camberwell Assessment of Need scale, and the Health of the Nation Outcome Scales. ENAR-TMG's psychometric features were examined by: a) evaluating 2 sources of validity evidence (evidence based on internal structure and evidence based on relations to other variables), and b) estimating the internal consistency, temporal stability, inter-rater reliability, and sensitivity to change of scores of the ENAR-TMG's subscales.

Results: Exploratory factor analyses revealed a one-factor structure for each of the theoretical dimensions of the scale, in which all but one showed a significant and positive correlation with the Camberwell Assessment of Need (range of r : 0.143-0.557) and Health of the Nation Outcome Scales (range of r : 0.241-0.474) scales. ENAR-TMG subscale scores showed acceptable internal consistency (range of ordinal α coefficients: 0.682-0.804), excellent test-retest (range of intraclass correlation coefficients: 0.889-0.999) and inter-rater reliabilities (range of intraclass correlation coefficients: 0.926-0.972), and satisfactory sensitivity to treatment-related changes (range of η^2 : 0.003-0.103).

Conclusions: The satisfactory psychometric behaviour of the ENAR-TMG makes the scale a promising tool to assess global functioning in people with a severe mental disorder.

© 2016 SEP y SEPB. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Las personas con trastorno mental grave (TMG) se caracterizan por presentar una serie de dificultades que incrementan su fragilidad para hacer frente a las incidencias de la vida cotidiana y conllevan asociada la necesidad de una ayuda continuada para poder alcanzar el mayor nivel de autonomía personal posible^{1,2}. Así, muchas personas con TMG presentan dificultades para cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y el mantenimiento de una vivienda digna y adecuada a sus necesidades y deseos. A ello contribuyen factores generados por el propio trastorno, que dificultan o impiden el desarrollo de las capacidades funcionales del enfermo en relación con aspectos de la vida diaria –tales como la higiene personal, el autocuidado, el autocontrol o las relaciones interpersonales–, que, a su vez, interfieren o limitan el

proceso necesario de búsqueda, acceso y mantenimiento de una vivienda³.

Por su parte, la inadecuada cobertura de la necesidad de alojamiento contribuye a generar un conjunto de consecuencias negativas, como un uso indebido de la atención hospitalaria; una prolongación de los ingresos –más allá de la compensación clínica– por razones psicosociales o, en su defecto, continuos reingresos por recaídas al retornar al domicilio habitual; el hecho de que recaiga en muchos casos la responsabilidad del cuidado y el apoyo sobre las familias, generando situaciones de sobrecarga y tensión; el aumento del riesgo de situaciones de marginalidad al verse abocados a vivir en la calle, por citar solo algunas de ellas^{4,5}.

En el modelo social occidental, se reconocen 3 aspectos básicos para afirmar que una persona está plenamente integrada: vivienda, trabajo y ocio. Dentro de esta triple base, la vivienda no solo preserva la privacidad y es el

punto de partida de la integración en tanto que la persona siente que pertenece y se identifica con la comunidad donde vive, sino que, para las personas con TMG, es la plataforma desde donde se desarrollan sus objetivos de rehabilitación psicosocial⁶. Los recursos a implementar deben adaptarse a los distintos momentos y necesidades de soporte que experimenta la persona, teniendo en cuenta sus condiciones socioeconómicas, capacidades y nivel de autonomía en la realización de las actividades de la vida diaria^{7,8}.

Diferentes estudios constatan la relativa insuficiencia de recursos para adecuarse a la gran complejidad de los perfiles de dichos pacientes y a sus diferentes niveles de necesidades (con base en sus capacidades para la realización de actividades de la vida diaria, su nivel de funcionamiento social, su grado de inestabilidad psicopatológica, o la presencia de problemas específicos de salud general)^{9,10}.

Dada la ausencia de instrumentos de evaluación específicos, nuestro grupo desarrolló y validó una nueva escala que: a) sirviera como instrumento de medida del nivel de necesidad de atención que precisan los usuarios atendidos en las residencias para personas con TMG, y b) permitiera, asimismo, evaluar la evolución de dichas personas: la Escala de valoración de los Niveles de Atención Residencial para personas con Trastorno Mental Severo (ENAR-CPB)¹¹. Previamente a su diseño y desarrollo se revisaron aquellos instrumentos disponibles en nuestro ámbito geográfico de referencia y cuyo objetivo –tanto en función de las variables evaluadas como de acuerdo con la población diana– fuera próximo o similar al nuestro, para valorar su pertinencia e idoneidad. Tras revisar una quincena de escalas, se observó que se trataba de instrumentos que evaluaban por separado: a) constructos relevantes como la calidad de vida o el funcionamiento social (Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell [CAN]^{12,13}, Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana¹⁴, Cuestionario de Calidad de Vida¹⁵, entre otros), y b) el estado clínico (*Health of the Nation Outcome Scales* [HoNOS]¹⁶, Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica¹⁷, Escala de Evaluación de la Actividad Global¹⁸, entre otras). Asimismo, se trataba de instrumentos en su mayoría demasiado largos y con escalas de respuesta poco específicas, que requieren una valoración habitualmente bastante subjetiva y que proporcionan poca información concreta de las dificultades reales de los residentes. Por todo ello, se decidió diseñar y desarrollar una escala específica. Los resultados del estudio de validación muestran que la escala ENAR-CPB es un instrumento de medida que presenta un comportamiento psicométrico satisfactorio y evidencian la potencial utilidad de dicho instrumento no solo en el caso de los usuarios de las residencias para personas con TMG, sino también en el caso de cualquier persona con TMG¹¹.

De acuerdo con dicha posibilidad, se ha decidido dar ese paso más y modificar parcialmente la Escala ENAR-CPB, manteniendo su estructura en 6 subescalas: a) Dimensión clínica; b) Dimensión física; c) Actividades de la vida diaria; d) Autonomía y autogobierno; e) Relaciones interpersonales, y f) Bienestar personal e integración en el entorno social; con la finalidad de que pueda ser utilizada en toda la población con TMG para valorar los niveles de atención requeridos más allá del ámbito residencial. Así, el doble objetivo del presente trabajo es: a) desarrollar una escala que evalúe los niveles de necesidad de atención en la población con TMG, y b) examinar el comportamiento psicométrico de dicho

Tabla 1 Distribución por diagnósticos de los pacientes ($n = 139$)

Diagnóstico	<i>n</i>	%
Esquizofrenia paranoide	42	30,2
Esquizofrenia residual	35	25,2
Otras esquizofrenias	26	18,7
Trastorno esquizoafectivo	21	15,1
Trastornos afectivos	8	5,8
Trastorno obsesivo-compulsivo	5	3,6
Otros trastornos	2	1,4

instrumento. Las hipótesis que se plantean en relación con este último punto son que las subescalas teóricas del nuevo instrumento presentarán una estructura unidimensional y una correlación positiva y estadísticamente significativa con el CAN y la escala HoNOS.

Método

Diseño

El presente estudio se diseñó como observacional, unicéntrico y prospectivo.

Participantes

La muestra estudiada se compuso de 139 pacientes con TMG, con una edad media de 49,98 años (DE = 10,52; rango: 24-85), en su mayoría hombres (57,6%), principalmente con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide (30%), esquizofrenia residual (25%), otras esquizofrenias (19%) o trastorno esquizoafectivo (15%) (tabla 1).

Todos los pacientes, seleccionados mediante muestreo por conveniencia, eran usuarios del Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) *Dreta de l'Eixample* (CPB-SSM), diagnosticados a través de entrevista clínica no estructurada por sus psiquiatras referentes según criterios del DSM-IV, y con diagnóstico compatible con el de TMG según criterios del Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave¹⁹. Todos los pacientes estaban en tratamiento farmacológico establecido por su psiquiatra de referencia en el CSMA y presentaban una evolución de más de 20 años de enfermedad. Asimismo, algunos de ellos se hallaban en tratamiento en otros dispositivos o recursos, como el Servicio de Rehabilitación Comunitaria, el Programa de Servicios Individualizados y el Programa de Soporte a la Autonomía en el propio Hogar, o vivían en residencias para personas con TMG.

Instrumentos

Escala de valoración de los Niveles de Atención Requerida para personas con Trastorno Mental Grave

Esta escala resulta de la adaptación/modificación de la escala ENAR-CPB¹¹ para poder ser utilizada en toda la población con TMG (y no únicamente en el caso de los pacientes atendidos en residencias para personas con TMG). Una

presentación detallada del diseño y desarrollo de la ENAR-CPB puede consultarse en Lascorz et al.¹¹.

Para el desarrollo de la Escala de valoración de los Niveles de Atención Requerida para personas con Trastorno Mental Grave (ENAR-TMG) se constituyó un equipo interdisciplinar (compuesto por una psicóloga, una enfermera y un trabajador social), que realizó una revisión de la escala ENAR-CPB¹¹, modificando parcialmente algunos ítems para adecuarlos a la población general con TMG y sustituyendo algunos otros para incorporar aspectos no contemplados. Concretamente, se modificó parcialmente la redacción de los ítems referidos al cuidado del espacio personal (en la escala ENAR-CPB) para adaptarlos al cuidado de la casa y a las tareas domésticas (en la escala ENAR-TMG); se reescribieron los ítems vinculados con las relaciones familiares y con la ocupación del tiempo para no hacer referencia a las actividades internas de la residencia; y finalmente se eliminó el ítem relativo al cuidado del aspecto físico, sustituyéndolo por uno que valora la capacidad para asegurarse una alimentación correcta. Como resultado de la revisión se elaboró una primera versión manteniendo la misma estructura del instrumento original, subdividida en 6 dimensiones o apartados: a) Dimensión clínica; b) Dimensión física; c) Actividades de la vida diaria; d) Autonomía y autogobierno; e) Relaciones interpersonales, y f) Bienestar personal e integración en el entorno social. Esta primera versión de la ENAR-TMG fue sometida a un breve estudio piloto con un reducido número de participantes, modificándose parcialmente la redacción de algunos ítems. El instrumento final consta de un total de 24 ítems formulados como enunciados (véase Anexo 1), repartidos en los 6 apartados citados (4 ítems por cada dimensión), a valorar y puntuar por el entrevistador mediante 5 posibles opciones de respuesta (de menor [0] a mayor [4] necesidad de atención).

Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell^{12,13}

La escala CAN posibilita la evaluación de necesidades en 22 áreas básicas: alojamiento, alimentación, cuidado del hogar, cuidado personal, actividades diarias, salud física, síntomas psicóticos, información acerca del estado y tratamiento, angustia, seguridad en sí mismo, seguridad en los otros, alcohol, drogas, compañía, relaciones de pareja, sexualidad, cuidado de los hijos, educación básica, teléfono, transporte, dinero y ayudas sociales. Para cada área se pregunta a la persona acerca de la existencia de una necesidad actual, se valora la ayuda informal (amigos y familiares) y formal (servicios sociosanitarios) que recibe, y la ayuda que precisa.

Escala *Health of the Nation Outcome Scales*¹⁶

La escala HoNOS es un instrumento heteroadministrado de evaluación clínica, que consta de 12 escalas o ítems que abarcan 4 áreas: Problemas conductuales (conducta agresiva e hiperactividad, conducta autoagresiva, uso de sustancias psicoactivas), Deterioro (cognitivo, de salud física), Problemas clínicos (alucinaciones e ideas delirantes, depresión, otros síntomas mentales) y Problemas sociales (relaciones sociales, funcionamiento general, problemas de alojamiento, problemas ocupacionales).

Procedimiento

El estudio, aprobado por la Comisión de Investigación y Ética del CPB-SSM, se desarrolló en los dispositivos vinculados con el CSMA *Dreta de l'Eixample* de la ciudad de Barcelona, durante los años 2012 y 2013. Los instrumentos fueron completados, tras la preceptiva obtención del consentimiento informado, por los profesionales (psicóloga, enfermera, trabajador social o educador) referentes de cada paciente en función del recurso donde era tratado (CSMA, Servicio de Rehabilitación Comunitaria, Programa de Soporte a la Autonomía en el Propio Hogar, Programa de Servicios Individualizados o Residencia). Los pacientes no recibieron incentivo alguno por su participación en el estudio y todos aceptaron participar.

Entre los meses de mayo y julio de 2012 se procedió a una primera evaluación de los participantes con las escalas ENAR-TMG, CAN y HoNOS. Con el objetivo de delimitar la fiabilidad entre evaluadores de la ENAR-TMG, 30 de dichos pacientes fueron evaluados de forma independiente por 2 profesionales del mismo dispositivo. Asimismo, para estimar la estabilidad temporal de las puntuaciones de la ENAR-TMG, dicho instrumento fue completado de nuevo –por parte del mismo evaluador que había realizado la primera valoración– al cabo de 2 semanas en el caso de un subgrupo de 14 pacientes. Finalmente, para el estudio de la sensibilidad al cambio de las puntuaciones de la ENAR-TMG se procedió, entre los meses de mayo y julio de 2013 (es decir, un año después de la primera evaluación), a reevaluar un subgrupo de 125 pacientes con dicho instrumento y con la escala HoNOS.

Análisis de datos

Antes de proceder a especificar propiamente las diferentes etapas o fases de análisis –y las técnicas estadísticas o los estimadores utilizados en cada una de dichas fases–, debe señalarse que todos los análisis realizados en el marco del proceso de análisis de ítems y de caracterización de la calidad psicométrica del instrumento se han llevado a cabo en referencia constante a –e intentando ser, a pesar de ir en detrimento en algunos casos de la calidad métrica del instrumento final, el máximo de coherentes y respetuosos con– las dimensiones teóricas originales y variables que debía contemplar el instrumento a desarrollar (véase Lascorz et al.¹¹).

Todos los ítems fueron sometidos inicialmente a un análisis descriptivo, estimándose para cada uno de ellos la media, la variancia, los índices de curtosis y asimetría y el porcentaje de participantes a los que asignó cada una de las diferentes opciones de respuesta.

Los ítems de cada dominio o subescala fueron sometidos a un análisis factorial exploratorio (AFE). Dada la naturaleza ordinal de los ítems y el hecho de que, en el caso de algunas de las subescalas, los datos se desviaban de la normalidad multivariada²⁰, se optó, de acuerdo con las recomendaciones actuales^{21–23}, por realizar el AFE a partir de la matriz de correlaciones policóricas y mediante el método de estimación de mínimos cuadrados no ponderados. El método utilizado para determinar el número de factores a retener fue el análisis paralelo optimizado basado en el análisis factorial de rango mínimo, procedimiento que ha demostrado ser una opción óptima en estos casos^{24,25}. Asimismo,

se evaluó para cada subescala el ajuste a una estructura unifactorial mediante el índice de bondad de ajuste (GFI) y el índice raíz media cuadrática residual (RMSR).

Con el fin de estudiar la fiabilidad como consistencia interna de las puntuaciones de cada una de las subescalas o factores, se estimaron los respectivos coeficientes α para datos ordinales. Para el estudio de la homogeneidad, se estimaron los respectivos coeficientes de correlación ítem-total corregidos. Se evaluó igualmente la fiabilidad como estabilidad temporal para cada una de las subescalas mediante la estimación de los correspondientes coeficientes de correlación intraclase entre las 2 administraciones (separadas por 15 días) del instrumento a un subgrupo de 14 participantes. Asimismo, en un subgrupo de 30 pacientes se evaluó la fiabilidad entre evaluadores para cada una de las subescalas mediante la estimación de los correspondientes coeficientes de correlación intraclase.

Para obtener evidencias de validez de relación con otras variables, se estimaron los correspondientes coeficientes de correlación de Pearson entre cada una de las subescalas de la ENAR-TMG y 2 instrumentos que evaluaban constructos similares o relacionados (escalas CAN y HoNOS).

Por último, el estudio de la sensibilidad al cambio de las puntuaciones de las subescalas de la ENAR-TMG se realizó mediante: a) un análisis de la variancia de medidas repetidas (cada una de las 2 administraciones del instrumento separadas por 12 meses), y b) la estimación del tamaño del efecto de la mejoría o cambio en la puntuación de las diferentes subescalas y la posterior comparación de dichos tamaños del efecto con el del cambio en la puntuación global de la escala HoNOS.

Para el análisis de los datos se utilizaron los programas FACTOR 9.3.1²⁶ e IBM SPSS versión 22²⁷.

Resultados

Análisis de los ítems

La [tabla 2](#) muestra la media y la variancia de los 24 ítems de la ENAR-TMG, así como los correspondientes índices de asimetría y curtosis y la distribución de los pacientes en función de las diferentes opciones de respuesta. En un limitado pero no despreciable número de ítems (6), los coeficientes de asimetría y curtosis superan el intervalo recomendado de ± 1 . Ninguno de los ítems presenta una variancia igual o inferior a 0,250²⁸, y únicamente en el caso de un solo ítem (ítem 1) el 80% o más de la muestra fue valorado con una misma opción de respuesta²⁹.

Evidencias de validez basadas en la estructura interna

Después de comprobar para cada subescala la idoneidad de la matriz de correlaciones policóricas para ser factorizada (en todos los casos la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin fue aceptable [rango KMO: 0,624-0,747] y la prueba de esfericidad de Bartlett altamente significativa [$p < 0,0001$ en todos los casos]), se procedió al AFE de los ítems componentes de cada subescala.

El AFE de los diferentes dominios o subescalas de la ENAR-TMG, realizado mediante el método de estimación

de mínimos cuadrados no ponderados, reveló que cada una de dichas subescalas presentaba una estructura unifactorial según el procedimiento del análisis paralelo optimizado. En congruencia con estos resultados, la estructura unifactorial de cada subescala mostró un ajuste adecuado a los datos según los criterios habitualmente considerados (GFI $> 0,95$ y RMSR $< 0,05$ o RMSR $< 1/\sqrt{n-1}$)³⁰⁻³³: *Dimensión clínica*, GFI = 0,99 y RMSR = 0,0554; *Dimensión física*, GFI = 1,00 y RMSR = 0,0482; *Actividades de la vida diaria*, GFI = 1,00 y RMSR = 0,0420; *Autonomía y autogobierno*, GFI = 1,00 y RMSR = 0,0122; *Relaciones interpersonales*, GFI = 1,00 y RMSR = 0,0410; y *Bienestar personal e integración en el entorno social*, GFI = 1,00 y RMSR = 0,0369. Todos los ítems de las diferentes subescalas presentaron pesos factoriales (rango: 0,362-0,902; [tabla 3](#)) superiores al mínimo habitualmente requerido de 0,32³⁴, pudiéndose considerar dichas cargas factoriales como muy buenas ($> 0,63$)³⁴ en tres cuartas partes de los ítems de la ENAR-TMG.

Consistencia interna de las puntuaciones de la ENAR-TMG

Tal como puede observarse en la [tabla 4](#), las puntuaciones de las diferentes subescalas presentaron mayoritariamente valores de consistencia interna (rango de coeficientes α ordinal: 0,604-0,814) entre aceptables y buenos^{28,35}. De hecho, únicamente en el caso de 2 ítems (ítems 13 y 17), su eliminación incrementaba la consistencia interna de la puntuación de la subescala en más de 0,02 puntos³⁶ ([tabla 3](#)). Asimismo, todos los ítems de las diferentes subescalas –exceptuando el mismo ítem 17– presentaron valores de correlación ítem-total corregida ([tabla 3](#)) superiores al punto de corte habitual de 0,30³⁷, resultados indicadores de que las puntuaciones de las diferentes subescalas presentan una adecuada homogeneidad.

Estabilidad temporal de las puntuaciones de la ENAR-TMG

La estabilidad temporal o fiabilidad test-retest de las puntuaciones de las diferentes subescalas de la ENAR-TMG, estimada a partir de coeficientes de correlación intraclase (rango: 0,889-0,999; [tabla 4](#)), puede calificarse de excelente³⁵.

Fiabilidad entre evaluadores

La fiabilidad entre calificadores al puntuar la ENAR-TMG puede considerarse como excelente³⁵ en el caso de cada una de sus subescalas o dominios (rango de coeficientes de correlación intraclase: 0,926-0,972; [tabla 4](#)).

Evidencias de validez basadas en la relación con otras variables

En la [tabla 5](#) se presentan las correlaciones entre las puntuaciones de las diferentes subescalas de la ENAR-TMG y las de 2 escalas (escalas CAN y HoNOS) que evalúan constructos similares o relacionados, observándose correlaciones estadísticamente significativas y con un tamaño del efecto

Tabla 2 Media, varianza, índices de asimetría y curtosis y distribución de los pacientes en función de las opciones de respuesta, para la escala ENAR-TMG ($n = 139$)

ENAR-TMG	Media	Variancia	Asimetría	Curtosis	Porcentaje de pacientes en función de las opciones de respuesta ^a				
					0	1	2	3	4
<i>Dimensión clínica</i>									
Ítem 1	0,338	0,943	2,837	6,694	87,77	1,44	3,60	3,60	3,60
Ítem 2	0,914	0,942	0,887	0,207	42,45	31,65	19,42	5,04	1,44
Ítem 3	1,957	1,192	0,186	-0,972	5,76	36,69	21,58	28,06	7,91
Ítem 4	0,835	1,016	1,272	1,218	47,48	31,65	13,67	4,32	2,88
<i>Dimensión física</i>									
Ítem 5	1,590	1,666	0,376	-1,068	23,74	32,37	13,67	21,58	8,63
Ítem 6	1,151	0,948	0,634	-0,131	28,06	40,29	21,58	8,63	1,44
Ítem 7	1,554	1,657	0,430	-0,880	25,90	27,34	22,30	14,39	10,07
Ítem 8	2,209	1,244	-0,013	-0,736	5,76	21,58	33,81	23,74	15,11
<i>Actividades de la vida diaria</i>									
Ítem 9	1,201	0,967	0,363	-0,885	28,06	35,97	23,74	12,23	0
Ítem 10	1,770	1,127	0,036	-0,676	12,95	27,34	33,81	21,58	4,32
Ítem 11	2,209	1,057	-0,628	-0,115	9,35	10,79	35,25	38,85	5,76
Ítem 12	1,201	0,952	0,709	0,135	24,46	43,88	20,86	8,63	2,16
<i>Autonomía y autogobierno</i>									
Ítem 13	2,655	1,046	-0,201	-1,073	0	16,55	25,90	33,09	24,46
Ítem 14	1,223	0,821	0,362	-0,617	22,30	43,17	24,46	10,07	0
Ítem 15	1,446	1,686	0,517	-0,832	30,94	25,18	21,58	12,95	9,35
Ítem 16	1,590	1,278	0,347	-0,661	17,99	33,09	26,62	16,55	5,76
<i>Relaciones interpersonales</i>									
Ítem 17	1,245	1,839	0,803	-0,641	41,01	25,18	12,23	11,51	10,07
Ítem 18	1,928	1,952	-0,062	-1,324	23,02	17,99	16,55	28,06	14,39
Ítem 19	1,137	1,053	0,648	-0,206	32,37	33,81	23,74	7,91	2,16
Ítem 20	1,561	1,009	0,324	-0,469	13,67	38,13	29,50	15,83	2,88
<i>Bienestar personal e integración en el entorno social</i>									
Ítem 21	1,784	1,565	0,149	-0,924	19,42	22,30	29,50	17,99	10,79
Ítem 22	1,597	1,363	0,337	-0,662	20,14	28,78	29,50	14,39	7,19
Ítem 23	2,266	1,965	-0,105	-1,393	10,79	28,06	12,95	20,14	28,06
Ítem 24	2,331	1,099	-0,772	-0,190	7,91	13,67	22,30	49,64	6,47

^a Datos expresados como porcentajes.

entre leve y moderado³⁸ en todos los casos, menos en el de la correlación de la puntuación de la subescala *Dimensión clínica* con la de la escala CAN.

Sensibilidad al cambio de las puntuaciones de la ENAR-TMG

Finalmente, en relación con la sensibilidad al cambio de las puntuaciones de la ENAR-TMG, en la [tabla 6](#) se presentan las medias y las desviaciones estándar de cada subescala al inicio y final de un período de seguimiento de 12 meses. El cambio o mejora fue estadísticamente significativo en todas las subescalas menos en *Bienestar personal e integración en el entorno social*. Cabe señalar igualmente que, exceptuando el caso de dicha subescala, el tamaño del efecto del cambio experimentado en las puntuaciones de la ENAR-TMG (rango de η^2 : 0,032-0,103), aunque pequeño³⁸,

es superior al obtenido en el caso de la escala HoNOS ($\eta^2 = 0,003$).

Discusión

El objetivo del presente estudio ha sido desarrollar una adaptación de la ENAR-CPB que permita evaluar los niveles de necesidad de atención en toda persona con TMG, y examinar el comportamiento psicométrico de dicho instrumento. El instrumento final, denominado ENAR-TMG, es una escala de 24 ítems -4 por cada una de las 6 dimensiones teóricas: a) Dimensión clínica; b) Dimensión física; c) Actividades de la vida diaria; d) Autonomía y autogobierno; e) Relaciones interpersonales, y f) Bienestar personal e integración en el entorno social- que ha demostrado presentar una calidad psicométrica satisfactoria.

Los resultados del proceso inicial de análisis de ítems orientaban hacia la eliminación de un único ítem que

Tabla 3 Comunalidad, peso factorial, correlación ítem-total corregida y coeficiente α ordinal si se elimina el ítem para la escala ENAR-TMG ($n = 139$)

ENAR-TMG	Comunalidad	Peso factorial	Correlación ítem-total corregida*	Coefficiente α ordinal si se elimina el ítem
<i>Dimensión clínica</i>				
Ítem 1	0,395	0,629	0,326	0,623
Ítem 2	0,239	0,489	0,299	0,682
Ítem 3	0,415	0,644	0,595	0,617
Ítem 4	0,439	0,633	0,442	0,610
<i>Dimensión física</i>				
Ítem 5	0,414	0,644	0,532	0,755
Ítem 6	0,704	0,839	0,708	0,686
Ítem 7	0,484	0,696	0,584	0,736
Ítem 8	0,371	0,609	0,565	0,768
<i>Actividades de la vida diaria</i>				
Ítem 9	0,415	0,644	0,556	0,777
Ítem 10	0,813	0,902	0,778	0,689
Ítem 11	0,410	0,641	0,592	0,778
Ítem 12	0,448	0,670	0,612	0,768
<i>Autonomía y autogobierno</i>				
Ítem 13	0,180	0,424	0,374	0,776
Ítem 14	0,538	0,734	0,599	0,652
Ítem 15	0,464	0,681	0,574	0,672
Ítem 16	0,612	0,782	0,631	0,635
<i>Relaciones interpersonales</i>				
Ítem 17	0,131	0,362	0,209	0,711
Ítem 18	0,243	0,493	0,330	0,651
Ítem 19	0,468	0,684	0,491	0,569
Ítem 20	0,745	0,863	0,616	0,506
<i>Bienestar personal e integración en el entorno social</i>				
Ítem 21	0,807	0,898	0,703	0,584
Ítem 22	0,346	0,588	0,513	0,697
Ítem 23	0,440	0,663	0,572	0,679
Ítem 24	0,229	0,479	0,429	0,742

* $p < 0,01$ en todos los casos.**Tabla 4** Consistencia interna, estabilidad temporal y fiabilidad entre evaluadores de las puntuaciones de la ENAR-TMG

ENAR-TMG	Consistencia interna (coeficiente α ordinal) ($n = 139$)	Estabilidad temporal (coeficiente de correlación intraclase e intervalo de confianza del 95%) ($n = 14$)	Fiabilidad entre evaluadores (coeficiente de correlación intraclase e intervalo de confianza del 95%) ($n = 30$)
Dimensión clínica	0,698	0,975 (0,923-0,992)	0,940 (0,873-0,971)
Dimensión física	0,789	0,979 (0,935-0,993)	0,926 (0,844-0,965)
Actividades de la vida diaria	0,804	0,951 (0,847-0,984)	0,952 (0,900-0,977)
Autonomía y autogobierno	0,746	0,987 (0,958-0,996)	0,944 (0,882-0,973)
Relaciones interpersonales	0,682	0,889 (0,654-0,964)	0,932 (0,857-0,968)
Bienestar personal e integración en el entorno social	0,739	0,999 (0,996-1,000)	0,972 (0,940-0,987)

Tabla 5 Evidencias de validez basadas en la relación de la ENAR-TMG con otras variables

ENAR-TMG	CAN (n = 64)	HoNOS (n = 75)
Dimensión clínica	0,143	0,466**
Dimensión física	0,557**	0,474**
Actividades de la vida diaria	0,552**	0,432**
Autonomía y autogobierno	0,489**	0,352**
Relaciones interpersonales	0,422**	0,241*
Bienestar personal e integración en el entorno social	0,411**	0,298**

Datos expresados como coeficientes de correlación de Pearson.

* p < 0,05.

** p < 0,01.

generaba respuestas demasiado unánimes y escasamente discriminativas. No obstante, el reducido número de ítems en cada dimensión o subescala aconsejó seguir considerando dicho ítem como indicador relevante de su subescala. Las evidencias de validez relacionadas con la estructura interna de la ENAR-TMG, obtenidas mediante procedimientos de factorización exploratorios, pueden considerarse satisfactorias al haberse hallado que cada una de sus 6 dimensiones teóricas o subescalas presenta un estructura unifactorial. El análisis de la fiabilidad como consistencia interna y de la homogeneidad muestra resultados aceptables para los 6 dominios de la ENAR-TMG. El hecho de que en ninguna de las subescalas el valor del coeficiente α ordinal se sitúe en el rango muy bueno o excelente podría explicarse por el reducido número de ítems (4) que configura cada subescala^{39,40}. Por su parte, la fiabilidad entre evaluadores para cada uno de los 6 ámbitos de valoración puede calificarse de excelente. A este resultado podría haber contribuido, más allá de la propia calidad del instrumento, el amplio

conocimiento sobre el estado y la situación de los pacientes por parte de los evaluadores. Asimismo, el estudio de la fiabilidad test-retest muestra que las puntuaciones de las 6 subescalas de la ENAR-TMG presentan también una excelente estabilidad temporal. Respecto a la valoración del grado de asociación con constructos afines, operativizados a través de las escalas CAN y HoNOS, se han obtenido correlaciones congruentes con estos. Así, exceptuando lógicamente a la subescala *Dimensión clínica*, las correlaciones de las subescalas de la ENAR-TMG con las puntuaciones globales de los otros 2 instrumentos aplicados son de una magnitud superior (aproximadamente un 10-15% más) en el caso de la escala CAN, es decir, la menos focalizada –comparativamente con la HoNOS– en aspectos clínicos. Estos resultados diferenciados aportan evidencias de la validez del uso de la ENAR-TMG basadas en su relación con otras variables. Finalmente, la sensibilidad al cambio de las puntuaciones de la práctica totalidad de sus subescalas puede considerarse como satisfactoria, al haberse hallado diferencias estadísticamente significativas –aunque con un tamaño del efecto pequeño– en 5 de las 6 subescalas comparando 2 administraciones de dicho instrumento separadas por un año. En el ámbito que nos ocupa, un tamaño del efecto pequeño no es óbice para calificar la sensibilidad al cambio de satisfactoria si consideramos que: a) se trata de una muestra integrada principalmente por personas con trastornos psicóticos de evolución crónica, y b) en el caso de la mayoría de estas personas no son esperables mejoras clínicas y/o sociales de gran magnitud. En cualquier caso, el tamaño del efecto del cambio en la única subescala de la ENAR-TMG en la que no se ha observado un cambio estadísticamente significativo (*Bienestar personal e integración en el entorno social*) es idéntico al tamaño del efecto del cambio –igualmente sin significación estadística– observado en la escala HoNOS, instrumento ampliamente utilizado como medida de funcionamiento global en múltiples ámbitos geográficos^{41,42}.

Los resultados obtenidos en el presente estudio deben interpretarse a la luz de ciertas características de este que podrían limitar la generalización de dichos resultados a otras muestras de pacientes con TMG. Entre estas características

Tabla 6 Sensibilidad al cambio de las puntuaciones de la ENAR-TMG (n = 125)

ENAR-TMG	Puntuación basal (media y DE)	Puntuación al año (media y DE)	Significación (valor de p)	Tamaño del efecto (η^2)
Dimensión clínica	4,120 (2,864)	3,552 (2,513)	0,001	0,091
Dimensión física	6,608 (3,735)	6,024 (3,620)	0,003	0,070
Actividades de la vida diaria	6,520 (3,330)	5,952 (3,369)	< 0,001	0,098
Autonomía y autogobierno	6,992 (3,388)	6,648 (3,387)	0,044	0,032
Relaciones interpersonales	5,936 (3,237)	5,320 (3,028)	< 0,001	0,103
Bienestar personal e integración en el entorno social	8,104 (3,758)	7,984 (3,778)	0,515	0,003

cabe destacar el proceso de selección no aleatoria de los participantes, el carácter unicéntrico –entendiendo por centro, en este caso, los diferentes dispositivos estrechamente vinculados con un mismo centro de salud mental– del estudio, y el exhaustivo nivel de información de que disponían los respectivos referentes/informantes sobre el estado y la situación de los pacientes evaluados. Asimismo, el tamaño muestral total no ha posibilitado la realización de análisis desagregados por género⁴³, y la diferencia de tamaño muestral en algunos análisis podría haber introducido un sesgo de selección. Finalmente, el tamaño muestral en el análisis de la fiabilidad test-retest puede considerarse insuficiente de acuerdo con estándares habituales⁴⁴.

Sin duda alguna, estas limitaciones ponen de manifiesto que son necesarios nuevos estudios en muestras de pacientes y evaluadores más amplias y diversificadas con las cuales ratificar los resultados obtenidos en este primer estudio sobre la ENAR-TMG. No obstante, los resultados de este estudio son satisfactorios con respecto del comportamiento psicométrico de dicho instrumento. En conclusión, puede afirmarse que el adecuado comportamiento psicométrico de la ENAR-TMG la convierte en un prometedor instrumento para la evaluación del estado y las necesidades de las personas con TMG.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Anexo 1. Escala ENAR-TMG

Dimensión clínica

1. Duración del tiempo de No Hospitalización
 1. No hospitalizado en el pasado año.
 2. Hospitalizado menos de 30 días en el pasado año.
 3. Hospitalizado entre 30 y 60 días en el pasado año.
 4. Hospitalizado entre 60 y 100 días en el pasado año.
 5. Hospitalizado más de 100 días en el pasado año.
2. Cumplimiento en la toma de medicación prescrita
 1. Cumple de forma responsable y autónoma. Conoce la pauta y se responsabiliza de su cumplimiento.
 2. Cumple de forma regular, con supervisión o si se le recuerda.
 3. Cumple de forma irregular, saltándose tomas por falta de previsión u olvido; o toma más de lo pautado.
 4. En ocasiones se niega a tomar la medicación.

5. Se niega a tomar la medicación de forma reiterada.
3. Sintomatología y evolución reciente; se valora tanto los síntomas positivos (delirios, alucinaciones, ideación paranoide, trastorno del curso del pensamiento, pensamiento incoherente, fuga de ideas, comportamiento agresivo...), como los síntomas negativos (falta de empatía, respuesta ambivalente o limitada, aplanamiento afectivo, comportamiento reprochado, anhedonia...)
 1. No hay síntomas o signos apreciables.
 2. Signos y síntomas leves durante la mayor parte del tiempo evaluado o moderados en raras ocasiones.
 3. Moderados signos o síntomas durante poco tiempo.
 4. Signos y síntomas severos de forma esporádica o moderados de forma continuada.
 5. Signos y síntomas severos de forma continuada.
4. Con qué frecuencia ha precisado medicación extra durante el último mes; o se le ha aumentado la pauta psiquiátrica.
 1. No ha precisado tomar nunca.
 2. Ha precisado tomar medicación extra alguna vez, de forma muy puntual.
 3. Ha precisado tomar medicación extra algunas veces, de forma oscilante.
 4. Ha precisado tomar medicación extra de forma regular, en períodos concretos.
 5. Precisa tomar medicación extra de forma regular casi cada día.

Dimensión física

1. Identificación y comunicación de signos y síntomas de alerta
 1. Sabe identificar y explicar los síntomas de su malestar, de forma espontánea.
 2. Sabe identificar los síntomas de su malestar, de forma espontánea, pero no sabe describirlos.
 3. Sabe identificar los síntomas de su malestar solo cuando se le pregunta.
 4. Expresa su malestar pero de forma inespecífica, y cuando se le pregunta.
 5. No sabe identificar ni explicar los síntomas de su malestar, aunque se le pregunte. O los identifica pero no los quiere explicar.
2. Es responsable del cumplimiento de las prescripciones médicas?
 1. Se informa, comprende y sigue sin problemas las indicaciones terapéuticas y el tratamiento establecido.
 2. Comprende y sigue el tratamiento establecido pero precisa de seguimiento y supervisión.
 3. Acepta el tratamiento, pero queda pasivo, precisando un apoyo intensivo.
 4. Reticente al tratamiento, precisa de un control exhaustivo.
 5. Hostil y reticente a las indicaciones terapéuticas y el tratamiento establecido.
3. Capacidad para asistir y hacer el seguimiento de su tratamiento en los diferentes servicios de salud (fuera de la atención específica en salud mental)
 1. Con capacidad para ir de forma autónoma a las visitas médicas y responsabilizarse del seguimiento (visitas y tratamiento).

2. Con capacidad para ir de forma autónoma a las visitas médicas pero precisa supervisión en la organización del seguimiento.
 3. Con capacidad para ir de forma autónoma a las visitas médicas pero precisa control en su seguimiento.
 4. Precisa acompañamiento esporádico en las visitas y control en el cumplimiento de las consultas y pruebas programadas.
 5. Precisa acompañamiento en las visitas y control en el cumplimiento de las consultas y pruebas programadas.
4. Identificación de hábitos de vida saludable, en relación a la práctica del deporte, dieta, consumo de tabaco y estimulantes
1. Es consciente de la importancia de unos hábitos de vida saludable, los conoce y tiene capacidad para organizarse y llevarlos a cabo.
 2. Es consciente de la importancia de unos hábitos de vida saludable, pero precisa de un apoyo en la planificación para poderlos llevar a cabo.
 3. Precisa de un apoyo en la planificación de actividades que forman parte de los hábitos de vida saludable y supervisión en su ejecución; o mantiene unos hábitos saludables pero sin demasiada conciencia de la repercusión sobre su salud, sino más bien de forma pasiva.
 4. Cumplimiento irregular en la ejecución de actividades que forman parte de los hábitos de vida saludable, a pesar de su supervisión.
 5. No mantiene ningún hábito de vida saludable, ya sea de forma voluntaria o por desconocimiento.

Actividades de la vida diaria

1. Capacidades básicas de independencia en los hábitos higiénicos y cuidado personal
 1. Totalmente válido y autónomo en este aspecto.
 2. Con leves o poco significativas dificultades, precisando seguimiento y apoyo organizativo.
 3. Con moderadas dificultades, precisando apoyo y supervisión directa.
 4. Con graves dificultades precisando un control exhaustivo y apoyo directo.
 5. Incapaz de realizar por sí mismo la higiene personal, ni con apoyo.
 2. Cuidado de su casa y realización de tareas domésticas
 1. Totalmente válido y autónomo en este aspecto.
 2. Con algunas dificultades, precisando seguimiento y apoyo organizativo.
 3. Con moderadas dificultades, precisando apoyo y supervisión continuada.
 4. Con graves dificultades precisando un control exhaustivo y apoyo directo.
 5. Incapaz de realizarlas por sí mismo, ni con apoyo.
 3. Capacidad para prepararse la comida y asegurarse una dieta adecuada
 1. Totalmente autónomo: se prepara todas las comidas y con variedad.
 2. Se asegura una dieta adecuada, pero con soporte.
 3. Se prepara alguna comida, pero la mayoría se las proporcionan; o prepara todas las comidas pero sin variedad.
 4. No se prepara ninguna comida pero participa en el proceso.
 5. No se implica en su alimentación. No comería si no se le prepara y pone el plato en la mesa.
4. Planificación y realización de compras personales
1. Realiza todas las compras necesarias de forma autónoma.
 2. Puede realizar de forma autónoma compras habituales, pero precisa apoyo para planificar otras más importantes.
 3. Precisa de apoyo en la planificación de cualquier compra, y acompañamiento para las compras no habituales.
 4. Precisa acompañamiento para realizar todas sus compras.
 5. Completamente incapaz de realizar ninguna compra, ni acompañado.

Autonomía y autogobierno

1. Capacidad para el manejo de situaciones de estrés
 1. Reconoce los factores estresantes que lo pueden descompensar y actúa sobre ellos.
 2. Reconoce los factores estresantes que lo pueden descompensar y pide ayuda para actuar sobre ellos.
 3. Reconoce los factores estresantes que lo pueden descompensar pero le cuesta pedir ayuda.
 4. No reconoce los factores estresantes pero pide ayuda si se encuentra mal.
 5. No reconoce los factores estresantes que lo pueden descompensar ni pide ayuda.
2. Capacidades básicas de adaptación: comprensión, atención, memoria, orientación, lenguaje, cálculo y juicio
 1. Sin problemas cognitivos significativos.
 2. Con problemas menores de memoria, comprensión o falta de atención.
 3. Con déficits leves: confusión ocasional en relación a toma de decisiones simples, olvidos ocasionales de dónde ha colocado algún objeto, no acordarse de trayectos habituales. . .
 4. Marcada desorientación en el tiempo, espacio o con las personas: desconcierto ante acontecimientos cotidianos, lenguaje en ocasiones incoherente, enlentecimiento mental.
 5. Desorientación severa (p.e., incapacidad para reconocer a familiares), riesgo de accidentes, habla incomprensible, obnubilación o estupor.
3. Economía
 1. Se administra autónomamente sin problemas.
 2. Se administra autónomamente con algunos problemas o precisa de un acompañamiento o supervisión
 3. Se administra con dificultades, precisando de un seguimiento y control, que cumple sin problemas.
 4. Con muchos problemas para administrarse; precisa de un control exhaustivo que puede cumplir sin mayor problema.
 5. Precisa de un control exhaustivo y aun así hay problemas en la administración; o tiene graves problemas

para administrarse pero no acepta ningún tipo de ayuda.

4. Capacidad para la realización de gestiones administrativas personales (renovación del DNI, tarjetas de transporte público, ir al banco...)
 1. No precisa ayuda para realizar cualquier tipo de gestión.
 2. Con capacidad para realizar pequeñas gestiones de forma autónoma pero precisa orientación.
 3. Precisa de apoyo en la planificación de sus gestiones, y acompañamiento esporádico o apoyo en su realización.
 4. Precisa acompañamiento para realizar sus gestiones.
 5. Completamente incapaz de realizar ningún tipo de gestión, ni acompañado.

Relaciones interpersonales

1. Relación familiar (se valora la calidad en la relación)
 1. Mantiene una relación continuada y con soporte adecuado.
 2. Mantiene una relación esporádica y con soporte adecuado.
 3. Mantiene una relación puntual y distorsionadora del proceso del paciente.
 4. Mantiene una relación continuada y distorsionadora del proceso del paciente
 5. No tiene familia o no mantiene contacto con ella.
2. Relaciones sociales
 1. Queda con amigos o conocidos al menos una vez a la semana (en promedio).
 2. Queda con amigos o conocidos dos o tres veces al mes.
 3. Queda con amigos o conocidos al menos una vez a al mes.
 4. No se relaciona con ningún amigo o conocido, fuera de las actividades habituales.
 5. No se relaciona con ningún amigo o conocido, en ninguna circunstancia.
3. Integración en el colectivo y cumplimiento de las normas sociales
 1. Buena capacidad de integración en el colectivo.
 2. Aceptable integración en el colectivo, con puntuales incumplimientos normativos o fricciones con los compañeros.
 3. Aceptable integración en el colectivo, aunque con falta de relación con las personas, o habituales incumplimientos o fricciones con las personas.
 4. Muchas dificultades para cumplir con las normas sociales establecidas, con integración inadecuada en el colectivo.
 5. Incapacidad total para aceptar cualquier tipo de normativa ni relación de convivencia con otras personas.
4. Habilidades sociales; repertorio conductual necesario para interactuar con los otros
 1. Con suficientes habilidades sociales que le permitan interactuar con los otros sin mayores problemas.
 2. Con leves problemas de habilidades sociales pero que le permiten manejarse en las relaciones personales.
 3. Con moderadas carencias de habilidades sociales.
 4. Con graves carencias de habilidades sociales.

5. No tiene ninguna habilidad social, hecho que le comporta graves problemas relacionales o una total inhibición.

Bienestar personal e integración en el entorno social

1. Tiempo ocupado de forma organizada y planificada (se contabiliza el tiempo ocupado en el desplazamiento)
 1. Se mantiene ocupado gran parte del día (más de 5 horas diarias)
 2. Participa en actividades que le mantienen ocupado entre 10-25 horas semanales.
 3. Participa en actividades que le mantienen ocupado entre 5-10 horas semanales.
 4. Participa en actividades de forma muy esporádica, que implican menos de 5 horas semanales.
 5. No hace ninguna actividad organizada.
2. Cuántas horas diarias acostumbra a pasar solo: en la habitación, andando, escuchando música, radio, mirando la televisión... (se calcula a partir de 12 h diarias, restando las horas de dormir y comidas)
 1. Entre 1 y 2 h/diarias.
 2. Entre 2 y 4 h/diarias.
 3. Entre 4 y 6 h/diarias.
 4. Entre 6 y 8 h/diarias.
 5. Prácticamente todo el tiempo del día. Más de 8 h/diarias.
3. Utilización del tiempo libre. Realiza actividades tales como: tocar un instrumento musical, desarrollar actividades artísticas, juegos de mesa, ir al cine, visitar exposiciones o museos, charlas, participar de alguna asociación, salir con los amigos... (no se contabilizan las actividades que estén programadas o pautadas)
 1. Realiza alguna de estas actividades de forma regular, prácticamente cada día.
 2. A veces (mínimo una vez a la semana).
 3. De forma ocasional (mínimo una vez al mes)
 4. De forma muy puntual o extraordinariamente.
 5. Nunca.
4. Capacidad para establecer objetivos según sus deseos y necesidades y llevarlos a buen fin
 1. Se plantea objetivos realistas y concretos y tiene capacidad para su realización
 2. Se plantea objetivos realistas y concretos a corto plazo, pero precisa de ayuda para poder llevarlos a cabo.
 3. Se plantea planes vagamente definidos y poco realistas, con dificultades en su ejecución, precisando ayuda en la elaboración y realización de los objetivos.
 4. Capaz de cumplir con las demandas de vida rutinaria, pero con falta de motivación para plantearse otros objetivos, o con objetivos irrealistas o delirantes.
 5. Incapaz de cumplir con las rutinas diarias.

Bibliografía

1. Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380:2197-223.

2. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380:2163-96.
3. Carling PJ, Ridgway P. *Community residential rehabilitation: An emerging approach to meeting housing needs*. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation; 1985.
4. Stroul BA. *Community support systems for persons with long-term mental illness: A conceptual framework*. *Psychosoc Rehabil J*. 1988;12:9-26.
5. Hatfield AB, Lefley HP, editores. *Families of the mentally ill: Coping and adaptation*. New York, NY: Guilford Press; 1987.
6. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. *Fòrum de Salut Mental*, coordinación. *Guía de práctica clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. N.º 2006/05-2.
7. Guinea R, coordinador. *Modelo de atención a personas con enfermedad mental grave*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2007.
8. Neil AL, Carr VJ, Mihalopoulos C, Mackinnon A, Morgan VA. Costs of psychosis in 2010: Findings from the second Australian National Survey of Psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2014;48:169-82.
9. Lascorz D, Serrats E, Pérez V, Fábregas J, Vegué J. Estudio comparativo coste-eficiencia en un dispositivo residencial para enfermos con trastorno mental severo. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2009;29:191-201.
10. Durbin J, Goering P, Cochrane J, MacFarlane D, Sheldon T. Needs-based planning for persons with schizophrenia residing in board-and-care homes. *Schizophr Bull*. 2004;30:123-32.
11. Lascorz D, Serrats E, Pérez V, Ruiz B, Vegué J. Validación de la Escala de valoración de los Niveles de Atención Residencial, para personas con Trastorno Mental Severo (ENAR-CPB). *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2012;32:481-98.
12. Jiménez JF, Moreno B, Torres F, Luna JD, Pelan M. Evaluación de necesidades en enfermos mentales crónicos: el cuestionario de evaluación de necesidades de Camberwell. *Arch Neurol Biol*. 1997;60:113-24.
13. Rosales C, Torres F, Luna J, Jiménez J, Martínez G. Fiabilidad del instrumento de Evaluación de Necesidades de Camberwell (CAN). *Actas Esp Psiquiatr*. 2002;30:99-104.
14. Bulbena A, Fernández de Larrinoa P, Domínguez AI. Adaptación castellana de la Escala LSP (Life Skills Profile). Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines*. 1992;20:51-60.
15. Evans DR, Cope W. *Quality of Life Questionnaire*. New York: Multi-Health Systems; 1989.
16. Uriarte JJ, Beramendi V, Medrano J, Wing JK, Beevor AS, Curtis R. Presentación de la traducción al castellano de la Escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales). *Psiquiatr Publ*. 1999;11:93-101.
17. Overall JE, Gorham DR. *The Brief Psychiatric Rating Scale*. *Psychol Rep*. 1962;10:799-812.
18. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry*. 1976;33:766-71.
19. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. *Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave*. Madrid: 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. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N.º 2007/05.
20. Mardia KV. Measures of multivariate skewness and kurtosis with applications. *Biometrika*. 1970;57:519-30.
21. Ferrando PJ, Lorenzo-Seva U. El análisis factorial exploratorio de los ítems: algunas consideraciones adicionales. *An Psicol*. 2014;30:1170-5.
22. Flora DB, Labrish C, Chalmers RP. Old and new ideas for data screening and assumption testing for exploratory and confirmatory factor analysis. *Front Psychol*. [revista electrónica] 2012;3:55 [consultado 8 Jul 2015]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00055>
23. Gaskin CJ, Happell B. On exploratory factor analysis: A review of recent evidence, an assessment of current practice, and recommendations for future use. *Int J Nurs Stud*. 2014;51:511-21.
24. Fabrigar LR, Wegener DT. *Exploratory factor analysis*. New York, NY: Oxford University Press; 2012.
25. Timmerman ME, Lorenzo-Seva U. Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychol Methods*. 2011;16:209-20.
26. Lorenzo-Seva U, Ferrando PJ. FACTOR 9.2: A comprehensive program for fitting exploratory and semiconfirmatory factor analysis and IRT models. *Appl Psychol Meas*. 2013;37:497-8.
27. IBM Corp. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0*. Armonk, NY: IBM Corp; 2013.
28. DeVellis RF. *Scale development. Theory and applications*. 2nd ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2003.
29. Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. 4th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2008.
30. Ferrando PJ, Anguiano-Carrasco C. El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Pap Psicol*. 2010;31:18-33.
31. Harman HH. *Modern factor analysis (Second edition, revised)*. Chicago, IL: The University of Chicago Press; 1967.
32. Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Struct Equ Modeling*. 1999;6:1-55.
33. Mueller RO, Hancock GR. Best practices in structural equation modeling. En: Osborne JW, editor. *Best practices in quantitative methods*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2008. p. 488-508.
34. Comrey AL. *A first course in factor analysis*. New York, NY: Academic Press; 1973.
35. Cicchetti DV. Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychol Assess*. 1994;6:284-90.
36. Tejedor R, Feliu-Soler A, Pascual JC, Cebolla A, Portella MJ, Trujols J, et al. Propiedades psicométricas de la versión española de la Philadelphia Mindfulness Scale. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014;7:157-65.
37. Nunnally JC, Bernstein IH. *Psychometric theory*. 3rd ed. New York, NY: McGraw-Hill; 1994.
38. Ferguson CJ. An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. *Prof Psychol Res Pr*. 2009;40:532-8.
39. Hambleton RK, Cook LL. Robustness of item response models and effects of test length and sample size on the precision of ability estimates. En: Weiss DJ, editor. *New horizons in testing: Latent trait test theory and computerized adaptive testing*. New York, NY: Academic Press; 1983. p. 31-49.
40. Abad FJ, Olea J, Ponsoda V, García C. *Medición en ciencias sociales y de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis; 2011.
41. Csipke E, Wykes T. Global functioning scales. En: Thornicroft G, Tansella M, editores. *Mental health outcome measures*. 3rd ed. London: RCPsych Publications; 2010. p. 83-98.
42. Jenkins R, Mellsop G, Singh B. Measuring outcomes in mental health: Implications for policy. En: Thornicroft G, Tansella M, editores. *Mental health outcome measures*. 3rd ed. London: RCPsych Publications; 2010. p. 313-8.

43. Ochoa S, Martínez-Zambrano F, Vila-Badia R, Arenas O, Casas-Anguera E, García-Morales E, et al. Validación al castellano de la escala de estigma social: Community Attitudes towards Mental Illness en población adolescente. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2015 [consultado 8 Jul 2015]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.02.002>
44. de Vet HCW, Terwee CB, Mokkink LB, Knol DL. *Measurement in medicine.* Cambridge: Cambridge University Press; 2011.