

**La importancia de la evaluación clínica y el
funcionamiento psicosocial en la Enfermedad Mental
Grave: Validación de la escala ILSS en español**

Universitat Jaume I



Autora: Jessica Martín Puerta

DNI: 29221039E

Tutora: Micaela Moro Ipola

Proyecto Startuji Código: VAL-201602

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo validar al español el instrumento de evaluación ILSS “Independent Living Skills Survey” (Wallace, Liberman, Tauber, & Wallace, 2000) a través del análisis de sus características psicométricas. Por otro lado, se pretende señalar la importancia de un proceso de evaluación exhaustivo e individualizado en la enfermedad mental grave, desde una perspectiva integradora que va más allá de la sintomatología clínica, para posibilitar una posterior intervención desde el enfoque de la rehabilitación psicosocial.

Palabras clave: rehabilitación psicosocial, evaluación psicológica, enfermedad mental grave, esquizofrenia.

Abstract

The aim of this study is to validate the Spanish version of the ILSS: Independent Living Skills Survey (Wallace, Liberman, Tauber, & Wallace, 2000), analysing its psychometric characteristics. Additionally, this article emphasizes the importance of a thorough and individualized assessment process in severe mental illness, from a perspective of integration that goes beyond the clinical symptoms, to enable a further intervention from the perspective of psychosocial rehabilitation.

Key words: psychosocial rehabilitation, psychological assessment, severe mental illness, schizophrenia.

Introducción

La Enfermedad Mental Grave

El concepto de Salud Mental es definido en la actualidad como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2013).

Así pues, a partir de esta definición, se podría introducir el término de Trastorno Mental Grave o Trastorno Mental Severo como una alteración de la definición anterior por lo que

respecta a estas tres dimensiones (*Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave*, 2009):

- a) Una *sintomatología “psicótica”*, en la medida en que genera dificultades de comprensión de la realidad y de manejo de las relaciones interpersonales.
- b) Una *evolución prolongada* en el tiempo o persistente (fijada en más de dos años).
- c) Un componente de *discapacidad*, que implica alteraciones en varios aspectos funcionales: vivienda, manejo del transporte, relaciones sociales, empleo, etc.

En los últimos años, la mirada hacia la enfermedad mental grave ha dejado de estar enfocada exclusivamente a la idiosincrasia de sus síntomas – positivos y negativos – y ha comenzado a tener más en cuenta las limitaciones que supone en el funcionamiento psicosocial de estos pacientes (Instituto Nacional de Salud Mental, 1991 en Wallace et al., 2000).

Además, son varios los estudios que señalan que las necesidades de las personas que padecen un Trastorno Mental Grave están asociadas tanto a los síntomas de su enfermedad como a los déficits cognitivos y al deterioro del funcionamiento psicosocial derivados de ésta (*Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave*, 2009).

Tal como señala el NIMH, *National Institute of Mental Health*, el Trastorno Mental Grave conlleva limitaciones funcionales en actividades importantes de la vida diaria de quien lo padece (*Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave*, 2009). Dichas limitaciones se definen en relación al funcionamiento laboral, social y familiar y han de ser evaluadas cuidadosamente con el fin de poder diseñar un plan terapéutico que se ajuste y ayude al paciente.

Rehabilitación psicosocial

Tal como apuntaban Wallace y sus colaboradores en sus investigaciones (Wallace et al., 2000), el tratamiento para pacientes con enfermedad mental grave comienza por una evaluación detallada centrada en el grado en que sus habilidades y rendimiento coinciden con las demandas del entorno (hogar, familia, trabajo, situaciones sociales, etc.) Así, al comparar los recursos que posee el paciente con los requisitos para funcionar y

mantenerse integrado en la comunidad logramos tener conocimiento sobre sus áreas funcionales y deficitarias para poder, después, dirigir el plan de tratamiento a estas últimas (Wallace et al., 2000).

Entendiendo entonces la enfermedad mental severa desde un enfoque biopsicosocial, que tiene en cuenta aspectos de la vida del paciente más allá de su sintomatología clínica, nos encontramos con la necesidad de intervenir desde una perspectiva más integradora: la ***rehabilitación psicosocial***.

La rehabilitación psicosocial nace en la década de los 70 en países de nuestro entorno y los Estados Unidos de América, y en los 80 en España, con un objetivo en principio sencillo: *“instrumentar técnicas que hagan posible una vida lo más normal, con la mejor calidad de vida posible, a pacientes mentales crónicos, cuya enfermedad ha ocasionado limitaciones o falta de habilidades para el desempeño de sus actividades sociales (discapacidades) y consecuentemente desventajas (minusvalías) en ese desempeño. El objetivo no es la “curación” (...); el objetivo es devolver o procurar habilidades sociales a los pacientes y la dignidad de la persona enferma, que los pacientes mentales cuya enfermedad cursa con discapacidad y cronicidad, logren la completa ciudadanía política, jurídica, civil y económica”* (Desviat, 2010 en González y Rodríguez, 2010). Es decir, podríamos definir el término “rehabilitación psicosocial” como un conjunto de procedimientos médicos, psicológicos y sociales cuyo objetivo es conseguir el máximo nivel de desempeño de la persona afectada así como la mejora de la autonomía, la calidad de vida y la integración social de estas personas (González y Rodríguez, 2010).

Por otro lado, si nos centramos en la intervención temprana o intervención en los Primeros Episodios Psicóticos, varios estudios epidemiológicos muestran que el inicio de la enfermedad mental grave está relacionado con la edad, con un pico entre los 20 y los 30 años (Hafner et al. 1993; Kirkbride et al. 2006 en Fornells y Craig, 2011). Así, podría decirse que la mayoría de PEPs (Primer Episodio Psicótico) tienen lugar en un momento de desarrollo vital importante en términos de personalidad, rol social, proyectos profesionales y afectivos, etc. Por tanto, el inicio de la enfermedad se ha visto asociado a una disminución o cese de la formación y el desarrollo personal y profesional. En consecuencia, los pacientes tienen mayor probabilidad de ser solteros, desempleados y tener una reducida o inexistente red social. Es por ello que el principal o uno de los

principales objetivos en una intervención temprana en la psicosis es limitar estas interrupciones en el funcionamiento social.

Los principios a partir de los cuales deberíamos entender la rehabilitación psicosocial, según algunos autores, son (Díaz, 2009):

- Un concepto integral y globalizador de los derechos humanos.
- La integración de cada persona en su comunidad.
- Principio de autonomía e independencia.
- Principio de normalización.
- Principio de individualización: La rehabilitación se ha de basar en una evaluación individualizada de las características y necesidades del paciente, que abarque todos los aspectos de la persona y su entorno.

Por otra parte, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la OMS – CIF - refleja la relación entre la ocupación y la salud e indica, a su vez, que la presencia de déficits disminuye la realización de actividades, limitando así la participación social (OMS, 2001). Así, el plan de acción en el tratamiento de los pacientes con TMG ha de ir dirigido en ambos sentidos: por una parte, la mejora de su sintomatología le permitirá contar con mayores oportunidades. Por otra, la intervención psicosocial facilitará el ambiente necesario para una mejora de su salud mental.

El objetivo de los programas de rehabilitación psicosocial es conseguir el máximo grado de recuperación del paciente. Una definición operativa de la recuperación en la esquizofrenia válida asimismo para todos los trastornos mentales graves y crónicos, sería entenderla como: *remisión sintomática, participación plena o parcial en una tarea ocupacional o en un empleo o actividad formativa, una vida independiente sin la supervisión de familiares o cuidadores sustitutos, no depender totalmente de ayudas económicas por discapacidad y tener amigos con los que realizar actividades de forma regular* (Lieberman y Kopelwicz, 2004).

En España, los programas de rehabilitación psicosocial más habituales y con mejores resultados en el proceso de recuperación son los siguientes (González y Rodríguez, 2010):

- ***Programa de habilidades sociales***

Estos programas tienen el fin de mejorar las habilidades relacionadas con la interacción social a través del aprendizaje de habilidades específicas para las situaciones en las que se desenvuelve el paciente.

Se trabajan múltiples componentes en función de los déficits concretos del usuario: comunicación verbal y no verbal (mirada, gestos, sonrisa social, latencia de respuesta, etc.), habilidades conversacionales (inicio y mantenimiento de una conversación, preguntas, solicitud y recepción de información, etc.) asertividad (expresar opiniones, pedir un favor, decir que no, etc.), expresión de emociones y resolución de problemas.

- ***Programa de psicoeducación y prevención de recaídas***

Estos programas se fundamentan en el hecho de que proporcionar información sobre la enfermedad promueve el desarrollo de actitudes más favorables hacia la misma, propone el desarrollo de habilidades específicas para la adherencia a los diferentes tratamientos y mejora la comunicación con el sistema socio-sanitario y familiar-social.

Se trabaja la psicoeducación sobre la enfermedad, sobre las recaídas y el desarrollo de habilidades para el manejo y la autonomía (autosuministro de las tomas, habilidades de comunicación con los profesionales sanitarios, etc.).

- ***Programa de autocontrol y manejo de la ansiedad***

La presencia de ansiedad produce una gran interferencia en el funcionamiento cotidiano de muchas personas con enfermedad mental grave para poder integrarse en la comunidad o para poder formar una red de apoyo. Además, el mayor riesgo de recaída según el modelo de vulnerabilidad a la psicosis tiene lugar cuando los factores estresantes desbordan la capacidad de afrontamiento de la persona vulnerable.

Así, el objetivo de estos programas es que la persona con psicosis sea capaz de identificar aquellas situaciones que le producen ansiedad, aprenda a manejarla de forma competente y refuerce su motivación para afrontar nuevas situaciones cotidianas. Se suelen abordar contenidos informativos sobre la ansiedad y después se explican y practican diferentes técnicas de manejo de la activación fisiológica (respiración y relajación muscular), mejora de la autoestima, reestructuración cognitiva y afrontamiento de pensamientos negativos.

- ***Programa de rehabilitación cognitiva***

Además de su alta correlación con la evolución de la enfermedad, el mejor o peor funcionamiento cognitivo tiene una clara influencia en la adquisición de otras habilidades y por ello en un mejor o peor desempeño e integración social.

Los objetivos de este tipo de programas son la mejora del funcionamiento cognitivo a través de la recuperación de las funciones deterioradas, la compensación de funciones perdidas y la optimización de las funciones conservadas. Dicha mejora se orienta hacia un mejor funcionamiento psicosocial y una mayor calidad de vida.

Los programas de rehabilitación cognitiva hacen especial hincapié en la necesidad de realizar una evaluación cognitiva exhaustiva y una planificación individualizada del proceso de intervención. Fruto de esa evaluación se abordarán uno o varios de los siguientes contenidos: atención, memoria, funciones ejecutivas y cognición social.

- ***Programa de psicoeducación de familias***

El objetivo de estos programas es que los familiares mejoren su competencia, habilidad e implicación en el proceso de rehabilitación de su familiar con trastorno mental grave.

Además, se trata de disminuir la carga emocional en los familiares, aumentar la sensación de manejo, reducir el estigma y mejorar la calidad de vida de toda la familia en su conjunto. Suele trabajarse la psicoeducación familiar y la mejora en las habilidades de comunicación y resolución de problemas así como el apoyo emocional.

- ***Otros programas de rehabilitación psicosocial:***

- Programa de autocuidados y actividades de la vida diaria (AVD): tienen el objetivo de mejorar aspectos de la vida diaria del paciente como la higiene y el aspecto personal; el manejo en la vivienda; los hábitos de salud, alimentación y sueño; etc.
- Programa de ocio y tiempo libre: pretenden favorecer la práctica de actividades normalizadas de ocio y tiempo libre en el entorno socio-comunitario de la persona. No tienen el fin de “ocupar” el tiempo de las personas con TMG con actividades

programadas, sino que se trata de capacitar al paciente para que pueda utilizar su tiempo libre de la forma más integrada, autónoma y normalizada posible.

- Programa de integración comunitaria: el objetivo de este tipo de programas es la mejora del funcionamiento en el uso de los diferentes recursos y servicios de la comunidad. Aspectos como el manejo del transporte, la orientación espacial, las entidades bancarias, etc. Se realizan principalmente en el entorno real.
- Programa de inserción laboral: estos programas tienen el fin de mejorar las competencias de la persona para el acceso y mantenimiento en el mercado laboral: orientación vocacional, habilidades para la búsqueda y respuesta de ofertas laborales y habilidades sociales en el entorno laboral, etc. La formación o capacitación profesional se lleva a cabo principalmente a través de los recursos normalizados formativos laborales que existen en la comunidad. En la medida de lo posible se promoverá la inserción en empleos ordinarios.

Así pues, todas las intervenciones mencionadas llevadas a cabo en el tratamiento del TMG se realizan por parte de múltiples profesionales. Sin embargo, para poder intervenir de manera individualizada y exitosa desde esta perspectiva psicosocial, es fundamental evaluar previamente de manera exhaustiva las condiciones de vida del paciente.

Evaluación: en qué consiste y para qué se necesita

La evaluación “*constituye la primera fase de todo proceso de intervención y tratamiento*” (Cantero y Moruno, 2005). Pero además de ser el procedimiento previo necesario para establecer los objetivos de una intervención, la evaluación resulta necesaria y de gran utilidad en otros sentidos.

Por un lado, evaluando los resultados pre y post tratamiento se consigue de medir la eficacia de un protocolo de intervención. Por ello es de gran importancia la calidad del proceso de evaluación, ya que de ello dependerá después la clasificación de los protocolos de intervención en más o menos recomendables o apoyados empíricamente. En consecuencia, un buen proceso de evaluación también resulta clave para la elegibilidad de un tratamiento facilitando la elección del que más se adecue a cada caso clínico (Wallace et al., 2000).

Tal como señalaba Wallace en el planteamiento de su investigación, para lograr ambos fines, el proceso de evaluación debe cumplir tres criterios:

- Tener en cuenta no sólo la medida del funcionamiento psicosocial sino también otros aspectos importantes como la calidad de vida, la satisfacción con el tratamiento, el acceso a servicios, etc.
- Contar con suficiente fiabilidad y validez. Resulta preferible no medir algo, que medirlo mal por la repercusión a nivel clínico y social que puede conllevar.
- La extensión ha de ser breve para facilitar su administración repetida a los evaluadores y evitar la fatiga a los evaluados, pero suficientemente amplia como para no arriesgar la solidez psicométrica de los resultados.

Para cumplir estos tres criterios, resulta fundamental contar con instrumentos de evaluación que midan de forma integral y contextualizada el trastorno de interés así como contar con evaluadores perfectamente entrenados y registrar sus medidas continuamente para poder determinar su fiabilidad.

Por último, cabría mencionar la tremenda importancia de la evaluación clínica para determinar los criterios de elegibilidad a nivel institucional en cuanto al grado de discapacidad de los pacientes (Wallace et al., 2000). Para los pacientes con enfermedad mental resulta crucial contar con apoyo del sistema político y social en el que viven, por ello la calidad de la evaluación puede llegar a tener gran impacto en la vida del paciente.

En cuanto al contenido que debería abarcar la evaluación en pacientes con trastorno mental grave, se han de contemplar aquellas habilidades que son esenciales para funcionar de forma independiente en la comunidad (Patterson et al., 2001).

Entre dichas habilidades se incluirían: Autocuidado e higiene personal, tareas domésticas, alimentación, cuidado de la salud y manejo de la medicación, habilidades sociales y de comunicación y manejo del transporte, ocio y vida comunitaria, manejo del dinero, y búsqueda y mantenimiento de empleo.

Es, pues, de gran importancia poner de manifiesto que tanto a nivel internacional, como específicamente en España contamos con escasos instrumentos que respondan al

planteamiento anterior para evaluar las actividades de la vida diaria - AVD - en personas con enfermedad mental (Cantero y Moruno, 2005).

Además, la mayoría de la población con trastorno mental grave en España vive en la comunidad: en el núcleo familiar, centros residenciales específicos para enfermos mentales crónicos, comunidades terapéuticas, viviendas tuteladas, etc. Por todo ello, está justificada de forma evidente la necesidad de un estudio sobre la evaluación de las actividades de la vida diaria y el funcionamiento psicosocial en personas con Trastorno Mental Grave en nuestro país.

La escala ILSS: *Independent Living Skills Survey*

La escala ILSS – Independent Living Skills Survey - fue diseñada y validada por Wallace, Liberman y Tauber en el año 2000.

Esta escala fue desarrollada para evaluar las habilidades de la vida diaria dentro de la comunidad de pacientes con enfermedad mental grave (Wallace et al., 2000).

Así pues, la ILSS evalúa el desempeño de pacientes con Trastorno Mental Grave en un total de doce áreas: 1) Apariencia y Vestido, 2) Higiene Personal, 3) Limpieza y Organización 4) Manipulación de Alimentos, 5) Mantenimiento de la Salud, 6) Manejo del Dinero, 7) Transporte 8) Ocio y Vida Comunitaria 9) Búsqueda de Trabajo, 10) Mantenimiento del Trabajo, 11) Comer y 12) Relaciones Sociales.

Además de la versión del informante, la escala original cuenta con una versión autoinforme. De esta manera, dicho instrumento consigue satisfacer tres necesidades básicas para una óptima evaluación en pacientes con enfermedad mental severa:

- 1) Evalúa el funcionamiento en un amplio rango de actividades relevantes para las personas con Trastorno Mental Grave.
- 2) Incluye información de varias fuentes.
- 3) Utiliza una escala de respuesta de 5 puntos simple y objetiva - *nunca, a veces, a menudo, habitualmente y siempre* - enfocada al desempeño de habilidades concretas y específicas en un total de 102 ítems.

Además, al enfocarse en el desempeño permite separar el funcionamiento final de sus causas inmediatas y llevar a cabo una evaluación sistemática de habilidades, motivación, oportunidades del entorno y recompensas para poder identificar las posibles causas de una deficiencia en el desempeño (Wallace et al., 2000).

En cuanto a los aspectos psicométricos de la escala ILSS, existen datos con respecto a su consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez concurrente.

Según los estudios realizados por los autores, la consistencia interna medida a partir del coeficiente de alfa osciló entre valores buenos y excelentes (0,74 y 0,92) para la versión del evaluador y entre marginales y buenos (0,43 y 0,80) para la versión autoinforme. Esto puede explicarse por el hecho de que la versión del evaluador presenta más ítems en cada área, lo que daría como resultado alfas más altas, asumiendo que los ítems extra correlacionan con el resto de ítems (Wallace et al., 2000). Además, la escala de respuesta que va de 0 “*nunca*” a 5 “*siempre*” de la versión del evaluador tiene un mayor margen de puntuación que la escala dicotómica de la versión autoinforme. Esto puede generar resultados totales con un rango de distribución más amplio (Wallace et al., 2000).

De la misma manera, la fiabilidad test-retest, o estabilidad temporal de las medidas, para la versión autoinforme varió de marginal a buena (0,41 y 0,80) y para la versión del evaluador la fiabilidad test-retest varió de buena a excelente (0,70 y 0,90). La fiabilidad interjueces fue calculada en base a las respuestas de los propios participantes (juez 1) y los evaluadores (juez 2). Dicho coeficiente - que osciló entre 0,28 y 0,59 - mostró un acuerdo moderado entre ambos jueces (Wallace et al., 2000).

La validez concurrente se calculó comparando la escala ILSS con otros dos instrumentos de evaluación: la BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) y el GAS (Global Assessment Scale).

La BPRS es una escala desarrollada por Overall y Gorham para llevar a cabo evaluaciones rápidas y eficientes de los cambios producidos en los síntomas de los pacientes. Se utiliza preferentemente como una medida de gravedad y de subtificación (positivo/negativo)

del trastorno mental grave (Martínez, 2004). Tiene dieciocho ítems y la escala es tipo Likert de siete puntos: oscila entre 1 (ausencia del síntoma) y 7 (extremadamente grave).

En cuanto a la GAS, es una escala diseñada para medir de forma global el funcionamiento del sujeto. Abarca resultados desde 1 (necesita supervisión constante) hasta 100 (no presenta síntomas).

Las correlaciones resultantes tanto respecto al BPRS como respecto al GAS fueron, en su mayoría, significativas, sobre todo para la versión del evaluador.

De esta manera - ya que la escala ILSS ha resultado ser un instrumento de evaluación clínica de gran interés para la enfermedad mental grave por múltiples motivos - el presente artículo tiene como finalidad estudiar las características psicométricas de la versión del evaluador actualizada y validar dicha versión en nuestra lengua.

Método

Objetivos e Hipótesis

El objetivo general de este estudio es validar al español el instrumento de evaluación ILSS “Independent Living Skills Survey” (Wallace et al., 2000).

Los objetivos específicos que se pretenden son: a) Analizar las propiedades psicométricas de la traducción y adaptación al castellano del instrumento de evaluación ILSS y b) Comparar diferentes instrumentos de evaluación de las actividades de la vida diaria (AVD's) que se utilizan en la intervención con pacientes de trastorno mental grave.

Las hipótesis planteadas en este estudio son las siguientes:

- H1: La traducción al español de la escala ILSS cumple los criterios de adaptación y evalúa un constructo relacionado con el campo de la Psicología Clínica y de la Salud, concretamente relacionado con la Enfermedad Mental Grave.
- H2: La traducción y adaptación al español de la ILSS presenta una correcta estimación de fiabilidad y validez, como mínimo igual a la obtenida en los estudios del autor. Es decir, una medida de consistencia interna entre buena y excelente (0,70 y 0,90), una fiabilidad interjueces como mínimo moderada - alcanzando un valor de 0,60 - y una

considerable validez concurrente resultante de correlaciones significativas con otros instrumentos.

Participantes

Este estudio fue realizado con un total de 57 personas evaluadas. Dichos participantes eran usuarios de diferentes centros a los que se pudo tener acceso.

- Hospital Padre Jofré de Valencia
- Centro de Rehabilitación e Integración Social de Velluters
- Centro de Rehabilitación e Integración Social de Vall de Uxó.
- Centro de Rehabilitación e Integración Social de Cruz Roja en Valencia
- Centro de Rehabilitación e Integración Social de Segorbe
- Centro de Rehabilitación e Integración Social de Vinaroz
- Centro de Rehabilitación e Integración Social de Cruz Roja en Castellón

Los criterios de exclusión fueron consumo de tóxicos (lo cual es motivo de ingreso) e inestabilidad clínica.

El rango de edad osciló entre 20 y 63 años con una media de 42,53 y una desviación típica (DT) de 10,23.

En cuanto al sexo, de los 57 participantes 36 fueron hombres (63%) y 21 fueron mujeres (37%).

El diagnóstico principal fue Esquizofrenia, presente en un 76,4% de los casos, seguido de Trastorno Bipolar con una representación del 20,6%.

Instrumentos

WHODAS

En primer lugar, se utilizó el instrumento de evaluación WHODAS. El Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS en inglés) es un instrumento de evaluación desarrollado por la OMS para proporcionar un método estandarizado y transcultural de medición de la salud y la discapacidad. Fue desarrollado a partir de un conjunto integral de dimensiones de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) y todos sus factores tienen correspondencia directa con el componente “Actividad y participación” (OMS,

2010). La escala WHODAS 2.0 cuenta con una versión traducida y adaptada al español así como el respectivo manual de aplicación (OMS, 2015).

La versión utilizada en el presente estudio, fue la versión breve de 12 preguntas. Se plantean 12 preguntas acerca del nivel de dificultad que el paciente ha presentado durante el último mes para llevar a cabo actividades cotidianas, mantener la concentración o conductas de interacción social. Las alternativas de respuesta son una escala del 1 al 5 diseñada de la siguiente manera: 1 “ninguna dificultad”, 2 “dificultad leve”, 3 “dificultad moderada”, 4 “dificultad severa” y 5 “dificultad extrema/no puede hacerlo”.

Por último, se cuantifica el número total de días en los que durante el último mes presentó dichas dificultades, el número de días en los que no pudo realizar las actividades mencionadas y el número de días sin contar los anteriores en los que su actividad se vio reducida.

ILSS

En segundo lugar, la escala ILSS – Independent Living Skills Survey - en su versión española fue administrada en diferentes centros y unidades hospitalarias con el fin de evaluar el funcionamiento psicosocial y el nivel de desempeño en Actividades de la Vida Diaria en pacientes con Trastorno Mental Grave. Este instrumento de evaluación está formado por un total de 102 ítems los cuales evalúan 12 áreas de habilidades básicas para la vida en comunidad: higiene personal (6 ítems), apariencia y vestido (12 ítems), limpieza y organización (9 ítems), manipulación de alimentos (9 ítems), mantenimiento de la propia salud y seguridad (10 ítems), manejo del dinero (10 ítems), transporte (7 ítems), ocio y vida comunitaria (13 ítems), búsqueda de trabajo (6 ítems), mantenimiento del trabajo (3 ítems), comer (8 ítems) y relaciones sociales (9 ítems). Los ítems describen conductas y habilidades bastante específicas como "utiliza desodorante", "guarda dinero en un lugar seguro" o "limpia y coloca los platos y utensilios después de comer".

Las personas evaluadas indican con qué frecuencia han realizado cada conducta en el último mes en una escala de cinco puntos (nunca, a veces, a menudo, habitualmente y siempre). Con el fin de tener en cuenta que las personas evaluadas pueden tener oportunidades limitadas para desarrollar una habilidad o llevar a cabo una conducta (por ejemplo, preparar la comida en una instalación en la que el personal la prepara y sirve para ellos), se añadió una sexta opción de respuesta: "no aplica".

El formato de administración recomendado para esta escala es en vivo, pero también podría administrarse por teléfono porque requiere únicamente una breve explicación oral o escrita de la escala y 20-35 minutos de tiempo para completarla.

Las respuestas se puntúan de 0 (nunca) a 4 (siempre), luego se suman y promedian por área; los ítems respondidos "no aplica" no son tenidos en cuenta.

Procedimiento

Para llevar a cabo el presente estudio se administraron la versión del evaluador de las escalas WHODAS e ILSS a 24 y 57 participantes respectivamente.

Un segundo evaluador cumplimentó la ILSS en 39 casos con el fin de poder estimar la fiabilidad interjueces de la escala. En ambas ocasiones los evaluadores fueron los terapeutas habituales: psicólogos y terapeutas ocupacionales.

Análisis de los datos

Primero, se realizaron análisis descriptivos de las variables sociodemográficas edad, sexo y diagnóstico.

En segundo lugar, se solicitó a dos profesionales que conocían igual de bien a los usuarios que contestaran la escala ILSS; A uno se le denominó Juez 1 y al otro Juez 2. Así, después se calcularon las medidas descriptivas de los dos grupos según el evaluador.

Posteriormente, se calculó la consistencia interna de las diferentes subescalas a partir del coeficiente alfa de Cronbach con el fin de estimar la fiabilidad de la prueba.

El procedimiento más habitual para medir la consistencia interna es el cálculo de la fórmula de Kuder y Richardson, pero dado que dicha fórmula es aplicable únicamente a aquellos test cuyos ítems puntúan de manera dicotómica, como acierto/error o verdadero/falso, se utilizó el Coeficiente alfa de Cronbach, que resulta ser una modificación de la fórmula anterior y se considera como el mejor método estadístico para obtener la estimación de la consistencia interna de una prueba (Moreno-Rosset, 2003).

Además, para conocer la fiabilidad interjueces se calculó la correlación de Pearson entre ambos grupos (Juez 1 y Juez 2). Esta medida se calculó porque es el evaluador quien finalmente puntúa la escala y de esta manera podía medirse la fiabilidad de la prueba según el juicio clínico.

Se estimó también la validez concurrente mediante las correlaciones con la escala WHODAS usando la TAU de Kendall, ya que la puntuación total de las escalas de la ILSS es una variable escalar, mientras que los ítems de la WHODAS son ordinales. Por último, también se estimó la validez de constructo mediante las correlaciones entre las puntuaciones de las diferentes subescalas de la ILSS.

Todas estas medidas fueron realizadas mediante el programa estadístico IBM SPSS statistics versión 24.

Resultados

Medidas descriptivas

En primer lugar se calcularon los estadísticos descriptivos principales de cada escala de la ILSS en los dos grupos, según el juez. En las siguientes figuras se muestran las medias y desviaciones típicas para cada muestra.

Las puntuaciones medias más altas corresponden a las escalas “Apariencia y Vestido”, “Mantenimiento de la Salud” y “Comer”, siendo ligeramente superiores para el grupo Juez 1. Las puntuaciones más bajas se dan, para los dos grupos, en las escalas relativas al ámbito laboral como son “Búsqueda de trabajo” y “Mantenimiento de trabajo”.

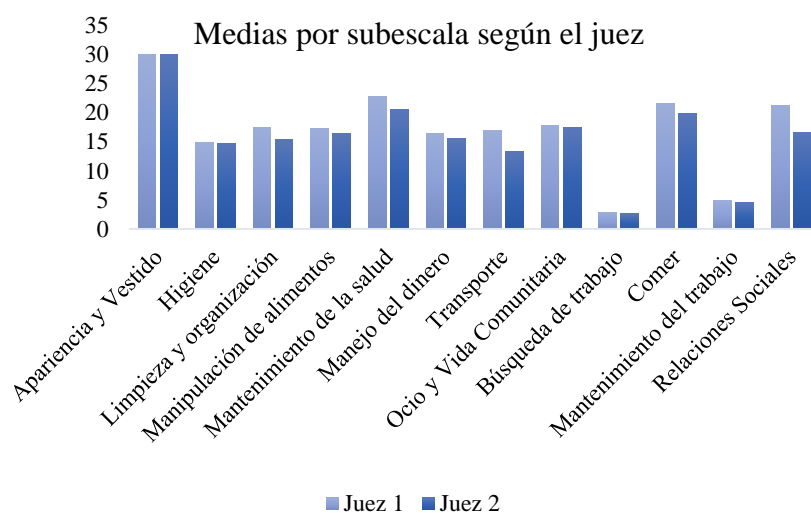


Tabla 1. *Medias y desviaciones típicas de las puntuaciones por subescala según el juez*

	Juez 1 (N=57)	Juez 2 (N=39)
Apariencia y Vestido	29,95 (DT=9,34)	29,90 (DT=12,39)
Higiene	14,82 (DT= 6,12)	14,77 (DT=8,31)
Limpieza y organización	17,46 (DT= 9,92)	15,38 (DT=10,76)
Manipulación de alimentos	17,34 (DT= 10,37)	16,34 (DT=11,53)
Mantenimiento de la salud	22,86 (DT=7,98)	20,46 (DT=9,28)
Manejo del dinero	16,34 (DT=11,60)	15,56 (DT=11,47)
Transporte	16,98 (DT=7,16)	13,34 (DT=7,10)
Ocio y Vida Comunitaria	17,86 (DT=8,63)	17,41 (DT=8,89)
Búsqueda de trabajo	2,90 (DT=5,46)	2,59 (DT=4,17)
Comer	21,56 (DT=7,53)	19,82 (DT=7,00)
Mantenimiento del trabajo	4,98 (DT= 4,84)	4,49 (DT=3,94)
Relaciones Sociales	21,28 (DT=8,65)	16,56 (DT=7,15)

Medidas de fiabilidad

Consistencia Interna

Para estimar la fiabilidad de la ILSS se calculó, en primer lugar, la consistencia interna de cada escala mediante el Coeficiente alfa de Cronbach. Los resultados de este análisis se presentan en la Tabla 2.

Tabla 2. *Medidas de consistencia interna a partir del Coeficiente alfa de Cronbach*

	Juez 1 (N=57)	Juez 2 (N=39)
Apariencia y vestido	$\alpha = 0,83$	$\alpha = 0,93$
Higiene personal	$\alpha = 0,85$	$\alpha = 0,96$
Limpieza y organización	$\alpha = 0,92$	$\alpha = 0,94$
Manipulación de alimentos	$\alpha = 0,94$	$\alpha = 0,95$
Mantenimiento de la salud	$\alpha = 0,77$	$\alpha = 0,85$
Manejo del dinero	$\alpha = 0,92$	$\alpha = 0,92$
Transporte	$\alpha = 0,81$	$\alpha = 0,77$
Ocio y Vida Comunitaria	$\alpha = 0,78$	$\alpha = 0,82$
Búsqueda de trabajo	$\alpha = 0,94$	$\alpha = 0,94$
Comer	$\alpha = 0,82$	$\alpha = 0,80$
Mantenimiento del trabajo	$\alpha = 0,97$	$\alpha = 0,91$
Relaciones sociales	$\alpha = 0,90$	$\alpha = 0,90$

En el caso de esta prueba, cada escala mide una actividad diferenciada respecto al resto; es por ello que la consistencia interna se calculó únicamente por escalas, ya que dada su naturaleza heterogénea calcular la consistencia interítem de toda la prueba no tendría sentido.

En general, todos los coeficientes alfa oscilan entre buenos y excelentes, siendo “Búsqueda de trabajo” y “Mantenimiento de trabajo” las escalas que mayor consistencia interna refieren (0,94 y 0,97 respectivamente) y “Mantenimiento de la salud” y “Ocio y Vida Comunitaria” las que presentan una medida de consistencia interna menor resultando ésta igualmente buena (0,77 y 0,78 respectivamente).

Fiabilidad interjueces

Otra de las medidas que se obtuvo para estimar la fiabilidad de la prueba, fue la fiabilidad interevaluadores o interjueces mediante el coeficiente de correlación entre los dos grupos:

juez 1y juez 2. Los resultados de la fiabilidad interjueces aparecen detallados a continuación en la Tabla 3.

Tabla 3. *Fiabilidad interjueces a partir de las correlaciones de las puntuaciones entre subescalas*

	Coeficiente de correlación interjueces (N= 39)
Apariencia y vestido	0,46
Higiene personal	0,46
Limpieza y organización	0,55
Manipulación de alimentos	0,51
Mantenimiento de la salud	0,42
Manejo del dinero	0,65
Transporte	0,70
Ocio y vida comunitaria	0,59
Búsqueda de trabajo	0,72
Mantener un trabajo	NS
Comer	NS
Relaciones sociales	NS

Medir la correlación entre las medidas de cada grupo según el juez, nos permite ser conscientes de la varianza error atribuible al evaluador. Por lo general, los coeficientes de correlación interjueces oscilan entre moderados y fuertes aunque en algún caso se encuentran correlaciones débiles entre el juicio de ambos evaluadores.

Las escalas que presentaron mayor fiabilidad interjueces son “Búsqueda de trabajo” (0,72) seguida de “Transporte” y “Manejo del dinero” (0,70 y 0,65 respectivamente). Por otra parte, las escalas con menor correlación entre evaluadores fueron “Mantenimiento de la salud” (0,42) y “Apariencia y vestido” e “Higiene personal” (ambas con una correlación interjueces de 0,46).

Medidas de validez

Validez concurrente

Se estimó la validez concurrente de la prueba ILSS mediante la correlación con las respuestas obtenidas en el cuestionario WHODAS. Los resultados respecto a la validez concurrente se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4. Correlaciones TAU de Kendall entre las puntuaciones de la escala ILSS y la WHODAS 2.0

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	H I	H2
AyV	0,03	-0,09	-0,09	-0,08	0,12	-0,07	-0,02	-0,10	0,01	-0,01	0,01	0,08	.	-0,07
HP	0,02	-0,13	-0,20	-0,15	0,04	-0,13	-0,09	-0,14	-0,05	-0,01	-0,03	0,01	.	-0,09
LyO	0,06	-0,38**	-0,20	-0,20	-0,04	-0,14	-0,11	-0,16	-0,06	-0,11	-0,21	-0,14	.	-0,37*
MA	-0,15	-0,62**	-0,19	-0,30*	-0,18	-0,45**	-0,38*	-0,33*	-0,05	0,05	-0,53**	-0,45**	.	-0,35*
MS	-0,03	-0,30*	-0,21	-0,21	0,01	-0,21	-0,25	-0,17	-0,07	-0,05	-0,22	-0,10	.	-0,17
MD	-0,07	-0,37*	-0,22	-0,01	-0,12	-0,36*	-0,08	-0,09	0,08	-0,05	-0,26	-0,13	.	-0,15
T	-0,03	-0,04	-0,32*	-0,10	0,32*	0,01	0,02	-0,12	0,08	-0,02	0,09	0,14	.	-0,06
OyVC	-0,18	-0,15	-0,28	-0,26	-0,01	-0,26	-0,23	-0,30*	-0,06	-0,30*	-0,28*	-0,15	.	-0,35*
BT	-0,37*	-0,13	-0,42*	-0,46**	-0,04	-0,04	-0,32*	-0,34*	-0,32*	-0,01	0,16	-0,04	.	-0,18
C	-0,01	-0,19	-0,50**	-0,28	-0,26	-0,06	-0,07	-0,30*	-0,16	0,12	0,04	-0,14	.	-0,28
MT	0,16	0,04	-0,06	-0,12	0,23	-0,03	0,01	-0,01	0,13	0,06	0,23	0,05	.	0,03
RS	-0,25	-0,16	-0,25	-0,36*	0,01	-0,21	-0,20	-0,30*	-0,05	0,16	-0,26	-0,10	.	-0,24

AyV: Apariencia y vestido; HP: Higiene personal; LyO: Limpieza y organización; MA: Manipulación de alimentos; MS: Manejo de la salud; MD: Manejo del dinero; T: Transporte; OyVC: Ocio y vida comunitaria; BT: Búsqueda de trabajo; MT: Mantenimiento de trabajo; C: Comer; RS: Relaciones Sociales. S1: Estar de pie largos periodos; S2: Ocuparse de responsabilidades domésticas; S3: Aprender una nueva tarea; S4: Participación en actividades de la comunidad; S5: Afección emocional por la enfermedad; S6: Concentrarse en hacer algo durante diez minutos; S7: Caminar larga distancia como un kilómetro; S8: Ducharse o bañarse; S9: Vestirse; S10: Relacionarse con desconocidos; S11: Mantener una amistad; S12: Llevar a cabo su trabajo o estudios; H1: Cuántos días ha tenido esas dificultades; H2: Cuántos días no pudo realizar ninguna de sus actividades habituales debido a su condición de salud.

Como se podía esperar, prácticamente el total de las correlaciones resultaron negativas dada la formulación inversa del WHODAS, que valora la dificultad en lugar del desempeño.

Las correlaciones más altas se encontraron entre aquellos ítems que miden constructos similares o relacionados; en concreto, entre “Manipulación de alimentos” de la ILSS y “Ocuparse de responsabilidades domésticas” de la WHODAS con un coeficiente de correlación de -0,62 ($p < 0,01$) seguidas de otras como “Comer” y “Búsqueda de trabajo” de la ILSS y “Aprender una nueva tarea” de la WHODAS con un coeficiente de

correlación de -0,50 ($p<0,01$) y 0,42 ($p<0,05$) respectivamente o “Búsqueda de trabajo” de la ILSS y “Participar en actividades de la comunidad” de la WHODAS con una correlación de -0,46 ($p<0,01$). Otros coeficientes de correlación no fueron significativos o si lo fueron resultaron valores más bien bajos, indicando así una similitud de constructos entre ambos instrumentos, pero reflejando a su vez cierta diferencia en la manera de evaluar a los pacientes con enfermedad mental grave.

Validez de constructo

Por último, para estimar la validez de constructo se calcularon las correlaciones entre las puntuaciones de las subescalas de la ILSS. Los resultados se presentan en la Tabla 5.

Prácticamente la totalidad de las correlaciones entre subescalas resultaron significativas, lo que refleja que este instrumento de evaluación posee una deseable validez de constructo. La subescala que mayor relación reflejó con el resto de subescalas fue “Apariencia y vestido” correlacionando significativamente con “Higiene personal” 0,58 ($p<0,01$); “Limpieza y organización” 0,55 ($p<0,01$); “Manipulación de alimentos” 0,53 (0,01); “Manejo de la salud” 0,47 ($p<0,01$); “Manejo del dinero” 0,49 ($p<0,01$) y “Relaciones Sociales” 0,49 ($p<0,01$). A continuación, otras subescalas que reflejaron relaciones significativas entre sí fueron “Higiene personal” con “Limpieza y organización” y “Manipulación de alimentos” con coeficientes de correlación 0,55 ($p<0,01$) y 0,49 ($p<0,01$) respectivamente. “Manipulación de alimentos” con “Limpieza y organización”, “Manejo de la salud” y “Manejo del dinero” con coeficientes de correlación de 0,60 ($p<0,01$); 0,48 ($p<0,01$) y 0,49 ($p<0,01$) respectivamente. “Manejo de la salud” con “Manejo del dinero” con una correlación de 0,51 ($p<0,01$). Por último, la escala “Relaciones sociales” con “Ocio y vida comunitaria” y “Apariencia y vestido” con coeficientes de correlación de 0,47 ($p<0,01$) y 0,49 ($p<0,01$) respectivamente.

Dados estos resultados, podríamos afirmar que la validez de constructo es más que notable entre las subescalas de la ILSS.

Tabla 5. Correlaciones TAU de Kendall entre las diferentes subescalas de la ILSS

	A y V	HP	LyO	MA	MS	MD	T	OyVC	BT	MT	C	RS
AyV	1	0,58**	0,55**	0,53**	0,47**	0,49**	0,47**	0,28**	0,26**	0,33**	0,36**	0,49**
HP	0,58**	1	0,55**	0,49**	0,41**	0,34**	0,33**	0,27**	0,20	0,17	0,32**	0,28**
LyO	0,55**	0,55**	1	0,60**	0,43**	0,37**	0,34**	0,31**	0,19	0,23**	0,31**	0,24**
MA	0,53**	0,49**	0,60**	1	0,48**	0,49**	0,23**	0,28**	0,07	0,16*	0,34**	0,31**
MS	0,47**	0,41**	0,43**	0,48**	1	0,51**	0,46**	0,40**	0,18*	0,24**	0,24**	0,31**
MD	0,49**	0,34**	0,37**	0,49**	0,51**	1	0,40**	0,34**	0,16	0,30**	0,31**	0,34**
T	0,47**	0,33**	0,34**	0,23**	0,46**	0,40**	1	0,40**	0,22*	0,39**	0,28**	0,26**
OyVC	0,28**	0,27**	0,31**	0,28**	0,40**	0,34**	0,39**	1	0,15	0,16*	0,21*	0,47**
BT	0,26**	0,20	-0,00	0,07	0,18*	0,16	0,22*	0,15	1	0,28**	0,35**	0,20*
MT	0,33*	0,17	0,23**	0,16*	0,24**	0,30**	0,39**	0,16*	0,28**	1	0,29**	0,25**
C	0,36**	0,32**	0,31**	0,34**	0,24**	0,31**	0,28**	0,21*	0,35**	0,29**	1	0,25**
RS	0,49**	0,28**	0,24**	0,31**	0,31**	0,34**	0,26**	0,47**	0,20*	0,25**	0,25**	1

AyV: Apariencia y vestido; HP: Higiene personal; LyO: Limpieza y organización; MA: Manipulación de alimentos; MS: Manejo de la salud; MD: Manejo del dinero; T: Transporte; OyVC: Ocio y vida comunitaria; BT: Búsqueda de trabajo; MT: Mantenimiento de trabajo; C: Comer; RS: Relaciones Sociales.

Discusión

El objetivo de este estudio era comprobar que la escala ILSS es un buen instrumento para evaluar el funcionamiento de personas que padecen un Trastorno Mental Grave, así como estimar su fiabilidad y validez en la versión adaptada al español. Pues bien, tras los resultados obtenidos puede afirmarse que así es.

En primer lugar, por lo que respecta a los análisis descriptivos del estudio, los usuarios obtuvieron medias más altas en aquellas escalas que se refieren al autocuidado como “Apariencia y vestido” o “Mantenimiento de la salud” y puntuaciones más bajas en aquellas que tienen que ver con la participación social o comunitaria como “Búsqueda de trabajo”, “Mantenimiento del trabajo” o “Transporte” o “Manejo del dinero”. Estos resultados se ven apoyados por lo que muestran otros estudios realizados en el campo de la enfermedad mental grave, que también señalaban las áreas de participación social y comunitaria como las más deficitarias. Además, algunos autores han relacionado dicho déficit con las limitaciones en las funciones cognitivas que presentan estos pacientes y las dificultades para interactuar con los demás, desempeñar un trabajo, cocinar o administrar el dinero (Ocaña y Caballo, 2015).

En lo que se refiere al estudio de la fiabilidad, en primer lugar, se calculó la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach para conocer si cada escala medía lo que pretendía medir de manera sólida y consistente.

Se calculó el alfa de Cronbach para cada escala, porque como se ha señalado anteriormente, un coeficiente global no tendría sentido para un instrumento que mide habilidades y conductas distintas en cada una de sus escalas. Esta es una cuestión que nos lleva a hablar de validez. Aunque los instrumentos de evaluación homogéneos son preferibles en la mayoría de los casos porque sus puntuaciones permiten interpretaciones menos ambiguas, un test homogéneo no sería una medida adecuada de un constructo muy heterogéneo (Anastasi, A. y Urbina, S., 1998).

Así, con coeficientes que oscilan de buenos a excelentes – siendo algo mayores para el grupo del segundo evaluador – podemos afirmar que los ítems que conforman las escalas de la ILSS logran medir el constructo deseado de manera consistente y fiable.

La mayor consistencia se encuentra en las escalas referentes al trabajo, ya que para estos pacientes es un área de participación bastante restringida y las respuestas en relación a la misma suelen ser muy homogéneas. Por otra parte, las escalas con menor consistencia interna - aun así con coeficientes buenos – son “Mantenimiento de la salud” y “Ocio y vida comunitaria”, quizá porque el contexto inmediato del paciente puede funcionar como facilitador o barrera según la conducta exacta y también debido a la gran variedad de actividades y acciones que comprenden ambas escalas. Tal como señalaba Wallace en su investigación, el área funcional "Ocio y actividades recreativas", por ejemplo, incluye actividades tan diversas como ver la televisión, jugar a juegos de mesa, asistir a eventos religiosos, ver una película o practicar y participar en un deporte como el baloncesto o el fútbol. Desde una perspectiva clínica y de planificación del tratamiento, todos estos elementos pertenecen a la misma agrupación porque son actividades realizadas en momentos de tiempo libre que pueden resultar una oportunidad para construir una red social o ser una alternativa al consumo de sustancias. Sin embargo - desde una perspectiva psicométrica - el coeficiente alfa será bajo porque los ítems recogen comportamientos muy diferentes, y participar en cualquiera da como resultado no hacer lo demás dado el tiempo y dinero limitados disponibles para la mayoría de los usuarios. Por lo tanto, no existe un fundamento común para predecir que estos ítems presentarán un coeficiente alfa elevado, a pesar de la utilidad clínica de agruparlos (Wallace et al., 2000).

En definitiva, la ILSS muestra una consistencia interna muy considerable e incluso superior a la que refieren algunos estudios acerca de otros instrumentos como el cuestionario WHODAS 2.0 que - aunque en su versión general ha presentado coeficientes alfa elevados - en estudios que validan su uso concreto para evaluar el funcionamiento psicosocial en pacientes de enfermedad mental severa (Gómez, Enders, Alvarado, Cometto y Fernández, 2015) obtiene un coeficiente de consistencia interna de 0,78 siendo aceptable pero inferior a los obtenidos para la escala ILSS.

Por lo que respecta a la fiabilidad entre evaluadores, los coeficientes de correlación variaron de moderados a altos, siendo de nuevo la escala relacionada con el mantenimiento de la salud la que más variabilidad presentó (con un coeficiente de correlación entre jueces de 0,42) y la escala “Búsqueda de trabajo” la que mayor acuerdo refirió con una correlación de 0,72 entre ambos evaluadores. Estos resultados volverían a confirmar lo comentado anteriormente: las escalas relacionadas con el empleo apenas presentan variabilidad en las respuestas dada la homogeneidad general en dicha área, mientras que aquellas más heterogéneas por la propia naturaleza del constructo que miden, presentan también menor consistencia y acuerdo entre los evaluadores. No obstante, estos coeficientes aunque son mejorables, muestran resultados de fiabilidad suficiente e incluso superior a la obtenida en el estudio precedente realizado por Wallace en el año 2000 que señaló un acuerdo ligeramente inferior entre los evaluadores. Esto puede deberse a que en dicho estudio uno de los jueces era el propio usuario y otro, un profesional mientras que en la presente investigación ambos jueces son profesionales.

Por otra parte, la fiabilidad interjueces de la ILSS coincide en algunos puntos con la obtenida en el estudio de otros instrumentos de evaluación como la BELS (Basic Everyday Living Skills) en su versión española. Dicho estudio obtuvo coeficientes de fiabilidad bajos – un coeficiente Kappa de 0.206 - para los ítems relacionados con la salud y la medicación en su escala de Oportunidad, resultando también los ítems con menor acuerdo entre los evaluadores. Podría deberse a la ambigüedad de las cuestiones que expresan responsabilidad del paciente como por ejemplo: “Las medicinas las tiene el personal/familiar pero el paciente es responsable de recordar cuándo debe tomarlas” porque en ocasiones no son ellos los encargados de guardar los medicamentos ni de su administración de manera directa y, por tanto, estos ítems podrían no ser determinantes para evaluar la oportunidad de independencia (Jiménez, J.E., Torres, E., Laviana, M., Luna, J.D., Trieman, N., y Rickard, C., 2000). Por ello, para evitar la ambigüedad en esta

escala en la medida de lo posible, la ILSS especifica en uno de sus ítems: “si no se auto-administra la medicación, colabora con la persona que se la administra”.

Por último, por lo que respecta al estudio de la validez de la ILSS, se estimó la validez concurrente con el instrumento de evaluación WHODAS 2.0. Los resultados reflejan correlaciones significativas entre la mayoría de ítems de cada instrumento, por lo que podría afirmarse que la validez concurrente de la ILSS queda manifiesta en estos resultados.

Por una parte, los coeficientes que muestran una correlación más fuerte se encontraron entre aquellas escalas que miden variables similares; concretamente, entre “Manipulación de alimentos” de la ILSS y “Ocuparse de responsabilidades domésticas” de la WHODAS con un coeficiente de correlación de -0,62 ($p < 0,01$) seguidas de “Comer” y “Búsqueda de trabajo” de la ILSS y “Aprender una nueva tarea” de la WHODAS con un coeficiente de correlación de -0,50 ($p < 0,01$) y 0,42 ($p < 0,05$) respectivamente o “Búsqueda de trabajo” de la ILSS y “Participar en actividades de la comunidad” de la WHODAS con una correlación de -0,46 ($p < 0,01$). Estos resultados reflejan que ambas coinciden en cuanto a la evaluación de las tareas de la vida diaria y la participación e inserción social y comunitaria de los afectados.

Por otro lado, resultaron correlaciones significativas entre escalas que aparentemente no tendrían por qué compartir variabilidad, pero que sí parecen hacerlo como por ejemplo “Manipulación de alimentos” de la ILSS con “Dificultad para mantener una amistad” del WHODAS con un coeficiente de correlación de -0,53 ($p < 0,01$). No obstante, en general, las correlaciones entre los dos instrumentos de evaluación son bastante fuertes y guardan relación coherente en cuanto al constructo que miden salvo alguna excepción; que, por otro lado, podría estar manifestando alguna variable interviniente que no se ha tenido en cuenta o simplemente poner de manifiesto el hecho de que la ILSS mide el funcionamiento psicosocial de los pacientes con Trastorno Mental Grave de una manera distinta – quizá más concreta y exhaustiva - aunque con una base teórica común.

Como señalaron los autores en estudios anteriores, en su versión inicial la ILSS ya reflejaba una óptima validez concurrente medida con las escalas NOSIE-30 y MAC-II. Las cuatro escalas positivas de NOSIE-30 (competencia social, interés social, higiene personal y total) se correlacionaron con las puntuaciones de la ILSS-I por área y con el total general. El setenta por ciento de las correlaciones fueron significativas. Para el

MACC-II, el dieciocho por ciento se correlacionó significativamente a nivel 0,01 y un dieciocho por ciento más a nivel 0,05. (Wallace, 1986). En estudios sobre la versión actualizada de la escala en el año 2000, la validez concurrente también fue confirmada obteniendo correlaciones significativas con las escalas GAS y BPRS tal como se menciona al inicio del presente artículo (Wallace et al., 2000).

En cuanto a la validez de constructo que posee la ILSS cabe resaltar que, una vez calculadas las correlaciones entre las diferentes subescalas de la prueba, prácticamente la totalidad de las mismas correlacionaron de manera significativa entre sí. Este resultado de por sí ya refleja el hecho de que este instrumento, aunque amplio y diverso, ha sido articulado en torno a un eje teórico común con el fin de conocer, en última instancia, el funcionamiento psicosocial de la persona evaluada.

Concretamente, las escalas de la ILSS más interrelacionadas fueron “Apariencia y vestido” con “Higiene personal” “Limpieza y organización”, “Manipulación de alimentos”, “Manejo del dinero”, “Manejo de la salud” y “Relaciones sociales” e “Higiene personal” con “Limpieza y organización”, “Manipulación de alimentos”, “Manejo de la salud”, “Manejo del dinero” y “Relaciones sociales”. Como reflejan los resultados, tanto la apariencia y cuidado del vestuario como la higiene personal y aseo de los pacientes con trastorno mental grave, son variables que están estrechamente relacionadas con múltiples áreas de su funcionamiento psicosocial y se retroalimentan entre sí. Además resulta evidente pensar que en el caso de las relaciones sociales, tanto el cuidado del aspecto y la imagen como la higiene personal son una variable de importancia que puede actuar como facilitador o barrera según el caso.

Por otro lado, escalas como “Manejo de la salud” y “Manejo del dinero” o “Manipulación de alimentos” con “Limpieza y organización”, “Manejo del dinero” y “Manejo de la salud” reflejaron correlaciones altas; estos resultados ponen de manifiesto cómo preparar la comida, limpiar y organizar la casa o el lugar de residencia, manejar su propio dinero así como encargarse de la medicación y los autocuidados son cuestiones que presentan una estrecha relación tanto entre sí como con el funcionamiento global y estado de salud de la persona con TMG.

Por último, la importante correlación entre “Relaciones sociales” y “Ocio y vida comunitaria” da pie a reflexionar sobre la relación que existe entre las oportunidades de ocio y tiempo libre de las que dispone el individuo y la calidad y características de su red social de apoyo; Ambas variables del entorno se relacionan y retroalimentan entre sí ya que si la persona con TMG no tiene oportunidades de participación en la comunidad, difícilmente podrá establecer relaciones sociales que le satisfagan y viceversa: si su red social de apoyo es escasa o deficitaria, no tendrá oportunidad de realizar actividades de ocio y vida comunitaria. Es por ello que la intervención psicosocial en esta área concreta, debería estar enfocada en ambas direcciones; por una parte se ha de dar herramientas y enriquecer el apoyo y red social del paciente y por otra, generar y/o mejorar las oportunidades y habilidades para disfrutar del ocio y tiempo libre.

Así pues, los resultados obtenidos en cuanto a la validez de constructo de la ILSS son el reflejo de una realidad de la vida de estos pacientes y apoyan las bases teórico-prácticas en las que dicha escala está fundamentada.

Limitaciones

Una de las líneas de mejora que podría plantearse acerca del presente estudio es el entrenamiento a los informantes o, en este caso, profesionales sanitarios que puntúan la escala para conseguir aumentar la fiabilidad interjueces. Un entrenamiento sistematizado acerca de cómo estimar y puntuar los ítems de manera objetiva podría aumentar, en este sentido, la calidad psicométrica de la ILSS.

Por otra parte, no resulta sencillo tener acceso a muestra clínica para este tipo de investigaciones y todavía más en el caso de la enfermedad mental grave, donde en numerosas ocasiones la evaluación se dificulta dado el deterioro cognitivo del paciente. Así, otra de las posibles mejoras sería replicar la investigación con mayor muestra clínica pese a que el número de sujetos del presente estudio resulta ya bastante representativo.

Por último, otra de las cuestiones a tener en cuenta es el hecho de que los pacientes ni siquiera tienen la oportunidad de realizar la actividad o desarrollar la habilidad mencionada en alguno de los ítems. Por ello, quizá sería conveniente poder registrar de alguna manera las oportunidades del contexto en el que vive, el apoyo del entorno o la propia motivación del usuario.

Futuras líneas de investigación

Son varias las líneas de investigación que resultan de interés para seguir mejorando en el área de la evaluación clínica de este tipo de pacientes, concretamente respecto al desarrollo de la escala ILSS.

En primer lugar, estimar la validez a partir del análisis de correlaciones con otras pruebas de más específicas en cuanto a la evaluación del funcionamiento psicosocial y/o más similares a la ILSS, como por ejemplo la BELS (Basic Everyday Living Skills), permitiría extraer resultados más concluyentes conclusiones e interpretables que quizá serían relevantes de para un ajuste en los planes de intervención.

Por otro lado, estudiar cómo influye el proceso de evaluación en la elección final del tratamiento sería de interés demostrar la importancia de establecer un protocolo de evaluación integral en los centros de salud que tenga en cuenta todos los aspectos de la vida del paciente y que resulte a su vez eficiente para poder lograr resultados de intervención eficaces, que mejoren realmente las condiciones de vida del usuario en su día a día.

Además, los instrumentos de evaluación que tienen en cuenta áreas de la vida del paciente que resultan muy limitantes y deficitarias permitirá medir la eficacia de algunas intervenciones en dichas áreas y así poder conocer si se está trabajando en la línea correcta o no con estos pacientes y qué es lo que se debería mejorar o potenciar en los diferentes protocolos de tratamiento.

Como señalaba Wallace en su anterior investigación, el tiempo y esfuerzo dedicado a la evaluación por parte de los profesionales ha de resultar eficiente puesto que el sistema nacional de salud está muy saturado y son muchísimos los pacientes que necesitan estos servicios. Por ello, un gran avance en el campo de la evaluación sería lograr sistemas de corrección de la ILSS automatizados que proporcionaran las puntuaciones totales por escala y facilitaran la interpretación de manera visual a través de perfiles o gráficos. Podría desarrollarse incluso un sistema de corrección que según el perfil de los resultados del paciente, sugiriese un tipo de intervención o técnicas concretas para cada área afectada.

En conclusión, las futuras líneas de investigación en el campo deberían estar enfocadas a mejorar la utilidad clínica de la ILSS y conseguir su establecimiento en los procesos rutinarios de evaluación clínica de estos pacientes.

Conclusión

El proceso de evaluación es importante en cualquier tipo de patología y cuadro clínico. Sin embargo, en pacientes con enfermedad mental grave se ha demostrado durante años que, aunque puede darse una mejora en los síntomas positivos de esta enfermedad, mejorar las condiciones de vida del paciente y su funcionamiento en la comunidad es una tarea pendiente.

Es por ello que resulta urgente el estudio y desarrollo de instrumentos de evaluación que tengan en cuenta al paciente como algo más que un cuadro sintomatológico, que vayan más allá; instrumentos que valoren al enfermo mental grave como parte del sistema en el que vive para poder así tener en cuenta todas las variables psicosociales que están interviniendo en su malestar y poder incidir en ellas posteriormente, así como investigar qué procesos de intervención son útiles para déficits y dificultades concretas.

El tener en cuenta no sólo el estado actual de la sintomatología, sino también la autonomía y capacidad de desempeño de los pacientes con trastorno mental grave para funcionar en su vida diaria, permite dar un enfoque más humano e integrador a los procesos de intervención. Y por ello, resulta esencial seguir trabajando en este sentido.

Referencias bibliográficas

- Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). Test psicológicos. México. Prentice Hall.
- Cantero Garlindo, P.A., Moruno Miralles, P. (2005). Evaluación de las actividades de la vida diaria. En P. Moruno, & D. Romero, *Actividades de la Vida Diaria*. Barcelona: Masson.
- Díaz, A. (2009). Rehabilitación psicosocial para personas con trastorno mental severo. El centro de rehabilitación psicosocial. *Psicología Clínica*, (3), 954-962.
- Fornells, M., y Craig, T. (2011). Intervenciones psicosociales en la psicosis temprana. *Anuario de la Psicología Clínica y de la Salud*, 7, 25-40.
- Gómez, P., Enders, G., Alvarado, R., Cometto, M.C. y Fernández, A.R. (2015). Evaluación del funcionamiento psicosocial de los pacientes con trastorno mental. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 73(3), 243-249.
- González, J., y Rodríguez, A. (2010). Programas de Rehabilitación Psicosocial en la Atención Comunitaria a las Personas con Psicosis. *Clínica y salud*, 21(3), 319-332.
- Jiménez, JF, Torres, F, Laviana, M, Luna, JD, Trieman, N y Rickard, C. (2000). Evaluación del funcionamiento de la vida diaria en personas con trastorno mental de larga evolución. Adaptación y fiabilidad de la versión española del “Basic Everyday Living Skills” (BELS). *Actas Esp Psiquiatr*, 28(5), 284–288.
- Liberman RP, Kopelwicz A. Un Enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. *Rehabilitación Psicosocial* 2004; 1 (1):12-29.
- Martínez Azumendi, O. (2004). Psiquiatría en la comunidad y neurolepticos de acción prolongada. *OME-AEN. Colección Prometeo*. En red: <http://www.omeaen.org/OMEDITORIAL/2004/Pdfs/EscalaBPRS.pdf>

- Ministerio de Ciencia e Innovación. (2009). *Guía de práctica clínica de intervenciones psicosociales en el trastorno mental grave*. Madrid.
- Moreno-Rosset, C., (2003). Ejercicios prácticos de evaluación psicológica: concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia. Madrid, España. Sanz y Torres DL.
- Ocaña Expósito L, Caballo Escribano C. (2015). Actividades de la vida diaria en personas con enfermedad mental grave y prolongada. *TOG*, 12(21), 11. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num21/pdfs/original8.pdf>
- OMS, O. M. (2001). *Clasificación internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Salud mental: Un estado de bienestar. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Medición de la salud y la discapacidad: manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS: WHODAS 2.0. Servicio Nacional de Rehabilitación. <http://www.who.int/iris/handle/10665/170500>
- Patterson, T., Sherry, C., McKibbin, T., and Dilip, V. (2001). UCSD Performance-Based Skills Assessment: Development of a New Measure of Everyday Functioning for Severely Mentally 111 Adults. *Schizophrenia Bulletin*, 27(2).
- Wallace, C.J. (1986). Functional assessment in rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 604-630.
- Wallace, C. J., Liberman, R. P., Tauber, R., & Wallace, J. (2000). The independent living skills survey; a comprehensive measure of the community functioning of severely and persistently mentally ill individuals. *Schizophrenia Bulletin*, 26 (3), 631-658.

