



## INTERPSIQUIS

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología  
y Enfermería en Salud Mental

### **AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA**

### **CLUSTERS ASSOCIATED WITH PSYCHOSOCIAL FUNCTIONING NEEDS AND CLINICAL SEVERITY IN PEOPLE WITH SEVERE MENTAL ILLNESS**

Daniel Navarro<sup>a</sup>, Teresa Ruiz<sup>a</sup>, María Teresa Montero<sup>a</sup>, Carlos Vaquero<sup>a</sup>, y Rubén Andreo<sup>a</sup>

[daniel.navarro@grupo5.net](mailto:daniel.navarro@grupo5.net)

Trastorno Mental Grave, Psicosocial, Análisis de conglomerados

Severe Mental Illness, Psychosocial, Cluster analysis

#### **ABSTRACT**

Identifying specific targets to improve community functioning is an important step towards facilitating functional recovery. We characterized 117 subjects based on their level of needs and clinical symptoms through cluster analysis to identify specific domains associated with needs, symptoms and disabilities. The completed an assessment of needs, a disability assessment schedule and a clinical scale. Multiple cluster analytic techniques were used on the measures to generate subgroups. Differences between groups were evaluated. The cluster analysis revealed distinct groups consisting of subjects characterized by levels of needs and clinical symptoms and by protective/risk factors. Post hoc test revealed that high needs and risk groups had needs in clinical symptoms, everyday skills, difficulty to participate in society, poor social support and absence of family intervention. The results suggest that social and family support play a critical role in clinical stability and community functioning, and are a potential treatment target for patients.

# **AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA**

## **RESUMEN**

Identificar las dianas para mejorar el funcionamiento comunitario es importante para facilitar la recuperación de las personas con un Trastorno Mental Grave. Clasificamos un grupo de 117 sujetos por su nivel de necesidades y por sus síntomas clínicos mediante un análisis de conglomerados. La muestra completó una escala de necesidades, gravedad clínica y discapacidad. Se utilizaron análisis de conglomerados para generar subgrupos de sujetos y se analizaron las diferencias entre ellos. El análisis reveló grupos distintos caracterizados por diferentes niveles de necesidades y de sintomatología así como por factores de riesgo y protección. Las comparaciones post-hoc revelaron que el grupo de altas necesidades y el grupo de riesgo tenían necesidades en síntomas clínicos, habilidades de la vida diaria, dificultad para participar en sociedad, pobre apoyo social y ausencia de intervención familiar. El apoyo social y la intervención familiar juegan un papel importante en la estabilidad y en el funcionamiento.

## **INTRODUCCION**

La atención a las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) es uno de los problemas más importantes a los que se enfrentan los sistemas de atención Sociosanitaria. Tanto por su magnitud como por su gravedad. La esquizofrenia es el paradigma del TMG y genera un impacto negativo en múltiples aspectos del funcionamiento comunitario como las relaciones sociales, el empleo o las actividades de la vida diaria (Bellack et al., 2007). Los factores críticos que están relacionados con el funcionamiento comunitario son la competencia personal (habilidades para realizar tareas y resolver problemas cotidianos), la competencia social (habilidades para relacionarse con otros) y el soporte social (el apoyo recibido por otros). Estudios permiten afirmar que las competencias personales por sí solas no son suficientes para mejorar el funcionamiento comunitario (Gupta, 2012) y tampoco está claro que los sean los síntomas clínicos (Navarro y Carrasco, 2010). El funcionamiento psicosocial en la comunidad resulta determinante desde el comienzo temprano del TMG y en las posibilidades de recuperación (González-Ortega et al., 2011).

La importancia de la capacidad de funcionar en el TMG ha sido objeto de contradicciones importantes en cuanto a si debe considerarse conjuntamente o independientemente de los síntomas. En un editorial de la revista de la Asociación Mundial de Psiquiatría (World Psychiatry, 2009) algunos autores defienden un modelo de salud mental equiparado conceptualmente al modelo médico y postulan que la discapacidad y el funcionamiento no debería aparecer junto al diagnóstico clínico (Üstun y Kenedy, 2009).

## **AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA**

En el mismo editorial otros autores defienden que la discapacidad y la enfermedad mental son entidades diferentes pero no se pueden entender por separado (Satorius, 2009). Pensamos que separar la enfermedad mental de la capacidad de funcionamiento no es realista con el conocimiento científico actual, ni tampoco útil para su tratamiento y rehabilitación. Y aunque para los defensores de un modelo médico de la salud mental resulte inadecuado o impropio el tener que incorporar los problemas sociales y de funcionamiento al diagnóstico, la realidad es que la consideración del funcionamiento como una dimensión específica del TMG ha resultado absolutamente clave tanto en la comprensión de este fenómeno como en la respuesta asistencial que se ha dado a nivel mundial. Por tanto y más allá de discusiones conceptuales identificar las variables concretas que mejoren el funcionamiento comunitario es una buena estrategia para facilitar la recuperación de las personas que padecen un TMG.

Por otro lado, la estabilización clínica conseguida con el tratamiento psicofarmacológico tiene un impacto mínimo en el funcionamiento comunitario (Tandon, Nasrallah y Keshavan, 2010). Una evidencia clara es que el mono-tratamiento psicofarmacológico por sí solo no predice efectos en comparación con la combinación del fármaco con tratamiento psicosociales (NICE, 2014).

En los últimos años se han publicado estudios que tratan de identificar las variables del TMG que están más o menos relacionadas con el funcionamiento. En un estudio con una muestra amplia de personas con TMG (Navarro y Carrasco, 2010) el funcionamiento psicosocial correlacionó de manera débil con la sintomatología clínica, encontrando valores de correlación de menos del 0.5. Otros estudios han encontrado un mayor relación entre el funcionamiento y las variables sociodemográficas como el género, la edad y los años de evolución (Navarro y Carrasco, 2011; Schennach-Wolff et al., 2009; Gould, Bowie y Harvey, 2012).

Un acercamiento clásico en psiquiatría consiste en clasificar en base a dimensiones a los individuos. Destacan los estudios de Peralta, Cuesta y De León (1994) en personas con esquizofrenia de clasificación de sujetos en función de las agrupaciones de síntomas y funcionamiento.

Otros estudios se han centrado en encontrar relaciones entre el funcionamiento y los procesos psicológicos. Estos estudios han encontrado que se puede clasificar a la personas con TMG en grupos por niveles de funcionamiento (Alden et al., 2015).

## **AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA**

Un método que se ha utilizado en esta investigación es el método de análisis de Clusters que resulta útil desde una óptica de rehabilitación, ya que permite comparar a personas afectadas del trastorno en función de su nivel de funcionamiento en la vida cotidiana real identificando las variables, habilidades o capacidades que facilitan un mejor funcionamiento.

Sin embargo realizar este tipo de análisis, aunque es más útil en la práctica de la rehabilitación psicosocial, presenta algunos inconvenientes metodológicos y prácticos. En primer lugar está el mismo concepto de TMG que está asociado al diagnóstico clínico, a la larga evolución y la dependencia. Esto implica algunas controversias intelectuales, como hemos visto, en la misma Asociación Mundial de Psiquiatría, pero también controversias prácticas en relación a la demanda asistencial real que llega a los dispositivos de atención psicosocial. Si consideramos ambos criterios es necesario buscar evaluaciones ajustadas de necesidades y perfiles sobre la base de una muestra de personas usuarias que estén recibiendo la atención para determinar con mayor exactitud el tipo de necesidades asociadas a su perfil. Por otro lado, está la diferente configuración de los servicios de salud mental como principal puerta de entrada de las personas con TMG a los centros o servicios de rehabilitación. En función de qué aproximación conceptual tengan hacia el TMG considerarán uno u otro tipo de necesidades para el tratamiento así como la derivación a uno u otro tipo de centro (psicosociales, laborales o de soporte). Todo ello puede hacer que la población objeto de los estudios a pesar de tener la misma denominación mantenga importantes diferencias entre sí. Por otro lado está el polimorfismo que caracteriza a la enfermedad mental en la que se encuentran marcadas variaciones en la estructura de los síntomas, en las formas de inicio, en el modo de presentación, las formas de evolución y la respuesta a los tratamientos, lo que condiciona tanto el curso evolutivo de las personas y de los servicios, que deben evitar rigideces y adaptarse a las necesidades múltiples y a la variedad de perfiles.

Así pues, consideramos que es mediante la realización de estudios localizados sobre una muestra concreta que indiquen las dimensiones socisanitarias asociadas al trastorno, sus características definitorias y las variables asociadas a las necesidades la manera de tener datos fiables que ayuden a mejorar la comprensión de las personas con TMG y las dianas del tratamiento psicosocial.

En este estudio seleccionamos una muestra de personas usuarias de Centros de día representativas que vivían en la comunidad y los agrupamos mediante un análisis de conglomerados (cluster) usando medidas clínicas, de funcionamiento y de necesidades de la vida diaria.

## **AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA**

Hipotetizamos que el análisis de conglomerados nos aportará subgrupos de usuarios con un nivel diferente de necesidades. Los grupos se compararon entre sí con la hipótesis de que hallaremos diferencias en las variables asociadas a cada grupo y así poder encontrar recomendaciones concretas para las intervenciones.

Nuestros objetivos fueron: identificar agrupaciones (conglomerados) de individuos que compartan perfiles de necesidades de funcionamiento y síntomas clínicos; examinar si existen diferencias entre los subgrupos; identificar subgrupos en función de cómo se agrupen los factores de riesgo y de protección.

### **METODO**

#### Muestra

Se seleccionaron 117 personas con TMG, 88 de ellos con diagnóstico de esquizofrenia. Las personas fueron seleccionadas en 7 Centros de Día de Soporte Social (CD) de Grupo 5 de la Comunidad de Madrid. Los criterios de inclusión fueron ser usuario del CD durante un mínimo de 6 meses. Los criterios de exclusión fueron estar en la fase de evaluación inicial, llevar menos de 6 meses en intervención y acudir al recurso bajo presión externa (no voluntariedad). Se determinó seleccionar en cada uno de los centros entre un 25% y un 45% del total de usuarios atendidos en el momento del estudio. Se recogieron los datos sociodemográficos principales (ver tabla 1 y 2). El 55% tenía más de 20 años de evolución en el trastorno mental. Fueron seleccionados por su capacidad para dar información y comprensión verbal, además de mostrar su acuerdo en participar en el estudio. En el momento del estudio estaban todos los usuarios clínicamente estables, todos estaban tomando tratamiento psicofarmacológico antipsicótico. El 93% tenía una buena adherencia a la medicación.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de la muestra

Edad (%)	
18-33	5,1
34-39	50,4
50-65	44,4
Género (%)	
Hombres	57,2

**AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA**

Mujeres	32,8
Estado Civil (%)	
Casado / pareja	12,8
Soltero	75,2
Separado/divorc/viudo	12
Convivencia (%)	
Solo	10,3
Familia de origen	50,4
Familia propia	7,7
Pareja	5
Otros familiares	4,3
Otros	22,2
Nivel Educativo (%)	
Sin estudios	8,6
Primarios	41,4
Secundarios	44
Universitarios	6
Nivel económico (%)	
Menos de 300€	7,8
300€ a 600€	53,8
601€ a 900€	15,5
Más de 900€	11,2
Sin ingresos	1,7
Situación Jurídica (%)	
Capacitados	73,5
Tutelado	26,5

## AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA

Tabla 2. Datos clínicos, necesidades y de discapacidad

Diagnóstico principal (%)	
Esquizofrenia o psicosis	83,8
Trastorno Bipolar	4,3
Trast de Personalidad	4,3
Depresión	2,6
Trast de Ansiedad	0,9
Otros	4,3
Tratamiento recibido (%)	
Farmacológico	49,4
Farmacológico + psicológico	48,6
Factores de riesgo / protección (% "si")	
Consumo tóxicos	11
Adherencia al fármaco	85,3
Red de apoyo social	57
Ingresos psiquiátricos último año	16,7
Intervención familiar	65,1
Apoyo familiar	79,4
Nº de ingresos psiquiátricos (media)	4
Años de evolución (media años)	21
Síntomas clínicos (ICG-SCH. % con gravedad moderada o grave) <sup>1</sup>	
Síntomas positivos	33,3
Síntomas negativos	39,5
Síntomas depresivos	32,5
Síntomas cognitivos	42,2
Gravedad global (media)	4,7
Principales problemas de la CAN (% con problemas, se indican los 5 más importantes)	

## AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA

Dificultad para mantener actividades diarias	
Dificultad para establecer relaciones sociales	86,4
Síntomas psiquiátricos	87,9
Administrarse el dinero	93,9
Preparación de comidas y dietas	54,3
	54
<hr/>	
Dimensiones de la discapacidad (DAS-2) (media, D-T) <sup>2</sup>	14,64 (5,0)
Comprensión y comunicación <sup>3</sup>	9,83 (4,22)
Capacidad para moverse <sup>4</sup>	17 (3)
Autocuidados personales <sup>5</sup>	11,59 (4,29)
Relacionarse con otras personas <sup>6</sup>	9,24 (4,8)
Actividades de la vida diaria en el hogar <sup>7</sup>	4,85 (1,17)
Participación en sociedad <sup>8</sup>	

1 Puntuaciones de 1 (mínima) a 7 (máxima); 2 Puntuaciones de 1 (ninguna) a 5 (severa); 3 máximo posible 30; 4 máximo posible 25; 5 máximo posible 20; 6 máximo posible 20; 7 máximo posible 16; 8 máximo posible 15, en esta dimensión se realizó una adaptación de la escala original eliminando los ítems no relacionados con participación en la sociedad).

### Medidas

- Escala de necesidades de Camberwell – CAN (Phelan M et al., 1995). Versión de 22 ítems. Evalúa las necesidades en un rango amplio como: alojamiento, apoyo social, salud, manejo del hogar, etc. En cada área hay que contestar si no tiene problema (0), tiene problema moderado (1) o si tiene problema grave (2).
- Registro de datos personales y clínicos. Recoge datos del perfil sociodemográfico de la muestra, datos de la enfermedad mental y los factores de riesgo y de protección.
- Escala de Funcionamiento y Discapacidad de la OMS DAS-2 (OMS, 2010). Versión de 36 ítems Mide áreas de funcionamiento como: comprensión y comunicación, cuidado personal, movilidad en el entorno, relaciones sociales, habilidades de la vida diaria y participación en sociedad. Cada ítem se puntúa e un escala Likert de 1 (ninguna dificultad) a 5 (dificultad severa).



## **AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA**

- Escala de Gravedad Clínica versión Esquizofrenia ICG-SCH (Haro JM et al., 2003). Evalúa dimensiones clínicas: síntomas positivos, negativos, depresivos, cognitivos y gravedad global. Puntúa en una escala tipo Likert que va de 1 (normal, no enfermo) a 7 (gravemente enfermo).

Las pruebas se pasaron en forma de entrevista individual que realizó una psicóloga entrenada en el protocolo de evaluación, independiente del equipo de profesionales del centro. El estudio fue aprobado de acuerdo a los procedimientos internos de la empresa Grupo 5.

### Análisis estadístico

Se utilizaron varias técnicas estadísticas con el objetivo de clasificar a los sujetos en grupos de acuerdo a su perfil de necesidades y gravedad clínica. Primero se realizó un análisis de conglomerados jerárquicos utilizando el método de Ward ya que facilita minimizar el efecto de la varianza. Se utilizó como medida la distancia euclídea al cuadrado ya que es el más utilizado y no hay un método más preciso que otro que permita establecer el número de conglomerados. Se probaron inicialmente diferentes métodos y se exploraron visualmente los dendogramas producidos por el método de Ward, repitiendo los análisis y comparando las soluciones obtenidas. La inspección de los dendogramas y las distancias entre los centros de los conglomerados finales reveló la mejor solución de conglomerados o separación en subgrupos. A continuación se utilizó en análisis K-medias como principal técnica exploratoria de agrupación con 2, 3 y 4 grupos para comprobar la estabilidad y coherencia de la solución final basándose en sus propiedades iterativas. Debido a que el modelo K-medias es sensible a los datos y se requiere que se proponga previamente el número de conglomerados que se desea obtener, el punto de partida del algoritmo K-medias fue la solución obtenida por el método de Ward. Finalmente se realizaron comparaciones de medias entre los conglomerados en las medidas de discapacidad, síntomas clínicos y necesidades, utilizando análisis de varianza, test de Bonferroni para las comparaciones post hoc, t de student para las variables cuantitativas y pruebas de Chi cuadrado con tablas de contingencia para comparar variables nominales del perfil sociodemográfico. Se consideró un umbral de significación de  $p < 0,05$  como bueno,  $p < 0,01$  muy bueno y  $p < 0,001$  óptimo para rechazar la hipótesis nula. Se utilizó el programa SPSS versión 15.0.

## AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA

### RESULTADOS

#### 1. Análisis de conglomerados (cluster) en síntomas clínicos y necesidades.

El análisis de conglomerados se realizó con una muestra final de 99 sujetos, eliminando aquellos a los que les faltaba alguna respuesta a cualquier ítem aunque solo fuera uno. La inspección visual del dendograma generado por el análisis de cluster jerárquico resultó en una agrupación en 3 grupos. Por tanto se seleccionó una agrupación de tres conglomerados para realizar los subgrupos. La solución final identificó a tres grupos: sujetos caracterizados por altas necesidades en la CAN y altas necesidades clínicas; sujetos con necesidades medidas en la CAN y en los síntomas clínicos; sujetos con bajo perfil de necesidades y de síntomas (ver tabla 3).

Tabla 3. . Conglomerados encontrados en la muestra. Intensidad de problemas psicosociales en la CAN y sintomatología clínica en la ICG-SCH (se muestra el número, % de problemas y la gravedad de los síntomas)

ACAN-AICG (n=6)	BCAN-BICG (n=58)	MCAN- MICG (n=35)
11 necesidades (50%) <sup>1</sup>	5 necesidades (3%)	7 necesidades (32%)
Síntomas positivos moderados	Síntomas positivos mínimos	Síntomas positivos moderados
Síntomas negativos graves	Síntomas negativos mínimos	Síntomas negativos marcados
Síntomas depresivos mínimos	Síntomas depresivos mínimos	Síntomas depresivos moderados
Síntomas cognitivos graves	Síntomas cognitivos leves	Síntomas cognitivos moderados
Sintomatología clínica marcada	Sintomatología clínica mínima	Sintomatología clínica marcada

ACAN-AICG=altos problemas psicosociales y alta gravedad clínica; BCAN-BICG= bajos problemas psicosociales y baja gravedad clínica; MCAN-MICG=media intensidad de problema psicosociales y media gravedad clínica.

## **AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA**

### **1 Indica el porcentaje de problemas en la CAN sobre el total de problemas posibles**

Según la tabla encontramos que existe una agrupación en base a bajas, moderadas o altas necesidades de la vida cotidiana y de sintomatología clínica. El análisis de la distribución de los conglomerados de la tabla 3 indica que el grupo 1 con altas necesidades es el menos numeroso y contiene al 6% de la muestra. El grupo medio contiene al 58% de la muestra. Y el grupo bajo al 35% de la muestra.

La clasificación de los centros de los conglomerados finales nos da el perfil así, el Grupo de altas necesidades (ACAN-AICG) presenta los siguientes problemas: alimentación, cuidado del hogar, ocupación en actividades de la vida diaria, síntomas psiquiátricos, problemas de salud física, información sobre la medicación, relaciones sociales, sexualidad, manejo de dinero, de transportes y de teléfono. El grupo de necesidades medias (MCAN-MICG) presenta el siguiente perfil de problemas: alimentación, cuidado del hogar, ocupación en actividades de la vida diaria, síntomas psiquiátricos, angustia, relaciones sociales y manejo del dinero. Y el perfil del grupo de bajas necesidades (BCAN-BICG): alimentación, ocupación en actividades de la vida diaria, síntomas psiquiátricos, relaciones sociales y manejo del dinero.

Según la tabla ANOVA del análisis K-medias las variables que más determinan la separación entre estos 3 grupos son por este orden: los síntomas negativos ( $F=47,80$ ) y los síntomas depresivos ( $F= 44,36$ ).

Para examinar la diferencia entre conglomerados realizamos un análisis de varianza. Para simplificar dicho análisis se agruparon los ítems de la CAN en dimensiones: salud (incluyendo física y mental), competencias personales (habilidades de a vida diaria), soportes (apoyo social residencial y económico) y habilidades de autonomía social (uso de dinero, transporte y teléfono). Igualmente se compararon los grupos en las dimensiones de discapacidad de la DAS-2 y en los síntomas clínicos de la ICG-SCH. También se realizaron comparaciones con ítems de la DAS relacionados con la participación en sociedad, trato recibido por los demás, número de días de duración de las limitaciones y número de ingresos psiquiátricos por motivo de descompensación clínica. El análisis de varianza mostró diferencias significativas entre los grupos (ver tabla 4).

## AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA

Tabla 4 Comparaciones entre grupos en las medias (Dt) de necesidades percibidas, en funcionamiento y en sintomatología clínica

Se indican medias y desviaciones típicas para las variables que se comparan	ACAN-AICG (G1; n=6)	BCAN-BICG (G2; n=58)	MCAN-MICG (G3; n=35)	<i>p</i>	Comparaciones <i>post-hoc</i>
CAN salud	3.66(1.96)	2.08 (1.51)	2.54(1.89)	0.68	
CAN competencias personales	3.50(1.37)	1.96(1.18)	2.11(1.18)	<0.05	G1>G2,G3 G2=G3
CAN Soportes*	1.33(0.51)	1.36(0.76)	0.91(0.44)	<0.05	G2>G3
CAN Autonomía social*	3(2.28)	0.77(0.83)	1.28(1.17)	<0.01	G1>G2,G3 G2=G3
DAS-2 Comprensión / comunicación	14.3(6.18)	14.12(4.53)	16.14(5.71)	N.S.	
DAS-2 Capacidad para moverse	8.33(2.06)	9.36(3.94)	10.67(4.81)	N.S.	
DAS-2 Cuidado personal	9(3.74)	6.46(2.50)	7.30(3.35)	0.06	
DAS-2 Relaciones con otros	12.66(5.46)	10.44(3.87)	13.33(4.07)	<0.01	G3>G2
DAS-2 Actividades de la vida diaria	9.80(6.41)	8.81(4.25)	9.52(5.31)	N.S.	
DAS-2 Participación en sociedad*	5.33(3.07)	4.43(1.79)	5.40(2.34)	N.S.	
Dificultad participar en sociedad	3(1.67)	2(0.97)	2.51(1.26)	0.08	G1>G2 G3>G2

## AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA

Barreras del entorno	2.33(1.63)	2.43(1.20)	2.89(1.23)	N.S.	
Respeto y actitud de otros	1.33(0.81)	1.67(0.99)	1.63(0.94)	N.S.	
Síntomas positivos*	3.67(2.25)	2.09(1.06)	3.77(1.68)	<0.001	G2<G1,G3
Síntomas negativos	5.50(1.04)	2.36(0.89)	4.57(1.09)	<0.001	G2<G1,G3
Síntomas depresivos*	1.67(0.81)	2.10(0.81)	4.49(1.29)	<0.001	G3>G1,G2
Síntomas cognitivos	6.50(0.83)	2.83(1.17)	3.86(1.35)	<0.001	G1>G2,G3 G3>G2
Gravedad clínica global	5.33(1.21)	2.90(0.96)	4.66(0.90)	<0.001	G2<G1,G3
Días que ha tenido dificultades de los últimos 30	15 (0.00)	11(9.8)	14(12.06)	N.S.	
Nº de ingresos totales en la vida	0.50 (1.00)	3.56 (2.91)	5.75 (8.30)	<0.05	G1<G2,G3
Nº de ingresos en los últimos 2 años	0 (0.00)	0.25 (0.59)	1.06 (2.33)	N.S.	
Tiempo de evolución en meses	194 (162.67)	268.91 (105.34)	258.52 (113.14)	N.S.	

\* Se han confirmado las diferencias significativas con la prueba no paramétrica H de Kruskal-Wallis

Al comparar las agrupaciones se han encontrado diferencias significativas en las competencias personales ( $F=4,48$ ;  $p<0,05$ ), los soportes de apoyo ( $\chi^2=12,41$ ;  $p<0,01$ ), las relaciones sociales ( $F=5,59$ ;  $p<0,001$ ), los síntomas positivos ( $\chi^2=22,93$ ;  $p<0,001$ ), los síntomas negativos ( $F=71,64$ ;  $p<0,001$ ), los síntomas depresivos ( $\chi^2= 55,41$ ;

## AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA

$p < 0,001$ ), síntomas cognitivos ( $F = 27,97$ ;  $p < 0,001$ ), número de ingresos psiquiátricos anteriores ( $\text{Chi}^2 = 6,32$ ;  $p < 0,05$ ).

Los análisis post hoc con el test de Bonferroni sugieren que el grupo de altas necesidades tiene más problemas en autonomía social y en competencias o habilidades para la vida diaria, mayor deterioro cognitivo y más dificultades para participar en sociedad.

### 2. Análisis de conglomerados en Factores de Riesgo y Factores de Protección

Con un objetivo eminentemente práctico y necesario para la rehabilitación psicosocial también nos interesaba comprobar si existían subgrupos de personas agrupados en base a la presencia de factores de riesgo o de protección. Para ello se realizó un análisis de conglomerados siguiendo el mismo método que en el apartado anterior. El análisis de conglomerados de K-medias arrojó una solución final identificando dos grupos: sujetos caracterizados por presencia de factores de protección y otro grupo caracterizado por las presencia de factores de riesgo sociofamiliares (ver tabla 5). Las dos variables que han determinado la separación de los grupos según la tabla ANOVA del K-medias fueron la presencia o ausencia de red de apoyo social ( $F = 194$ ,  $p < 0,01$ ) y haber recibido o no intervención familiar ( $F = 81,22$ ;  $p < 0,001$ ). En la tabla 6 se muestran las diferencias entre ambos grupos utilizando la pruebas de contraste t de student.

*Tabla 5. Conglomerados encontrados en la muestra. Factores de riesgo. Se muestra el factor de riesgo asociado a cada grupo.*

G-PROTECCION (n=45)	G-RIESGO SOCFAM (n=54)
No consumo de tóxicos	No consumo de tóxicos
Si Adherencia a la medicación	Si Adherencia a la medicación
Si red de apoyo social*	No red de apoyo social*
No ingresos psiquiátricos último año	No ingresos psiquiátricos último año
Si intervención familiar*	No intervención familiar*
Si apoyo familiar	Si apoyo familiar

G-PROTECCION=Grupo de protección; G-RIESGO SOCFAM=Grupo de riesgo socio familiar

\*Factores que determinan la separación de los dos conglomerados encontrados.

## AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA

Tabla 6. Comparaciones entre grupos de riesgo en las medias (Dt) de necesidades percibidas, en funcionamiento y sintomatología.

Se indican medias y desviaciones típicas para las variables que se comparan	G-PROTECCION (n=45)	G-RIESGO SOCFAM (n=54)	t	p
CAN salud	2.24 (1.59)	2.62 (1.89)	-1.03	N.S.
CAN competencias personales	2.13 (1.09)	2.16 (1.36)	-0.14	N.S.
CAN Soportes	1.32 (1.42)	1.34 (0.75)	-0.91	N.S.
CAN Autonomía social	1.17 (1.15)	0.98 (1.26)	0.79	N.S.
DAS-2 Comprensión / comunicación	15.44 (5.09)	14.85 (4.72)	0.60	N.S.
DAS-2 Capacidad para moverse	10.62 (4.37)	9.27 (3.93)	1.60	N.S.
DAS-2 Cuidado personal	7.28 (3.29)	6.83 (2.74)	0.75	N.S.
DAS-2 Relaciones con otros	11.97 (4.21)	11.74 (4.45)	0.21	N.S.
DAS-2 Actividades de la vida diaria	10.53 (4.98)	8.59 (4.52)	2.00	<0.05
DAS-2 Participación en sociedad	5.53 (2.00)	4.68 (2.30)	2.015	<0.05
Dificultad participar en sociedad	2.44 (1.17)	2.24 (1.30)	0.80	N.S.
Barreras del entorno	3.09 (1.14)	2.41 (1.25)	2.80	<0.005
Respecto y actitud de otros	1.84 (1.04)	1.69 (1.02)	0.76	N.S.
Síntomas positivos	2.44 (1.48)	3.22 (1.71)	-2.38	<0.05

## **AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA**

Síntomas negativos	2.80 (1.23)	3.72 (1.52)	-3.26	<0.005
Síntomas depresivos	2.62 (1.38)	3.24 (1.71)	-1.94	<0.05
Síntomas cognitivos	3.29 (1.35)	3.56 (1.48)	-0.92	N.S.
Gravedad clínica global	3.27 (1.21)	4.04 (1.27)	-3.06	<0.005
Días que ha tenido dificultades de los últimos 30	12.89 (11.59)	12.94 (10.57)	-0.01	N.S.
Nº total de ingresos en la vida	5.42 (6.51)	3.15 (4.68)	1.60	N.S.
Nº total de ingresos últimos dos años	0.72 (1.90)	0.44 (1.19)	0.86	N.S.
Tiempo de evolución en meses	265.23 (121.84)	227.31 (101.44)	1.66	N.S.

Se han encontrado diferencias significativas en las actividades de la vida diaria ( $t=2$ ,  $p<0,05$ ), participación en sociedad ( $t=2$ ,  $p<0,05$ ) y barreras cotidianas para participar en la sociedad ( $t=2,8$ ,  $p<0,005$ ). Estas diferencias apuntan a que el grupo denominado protección presenta más dificultades que el grupo de riesgo. También se encontraron diferencias en los síntomas positivos ( $t=-2,38$ ;  $p<0,05$ ), los síntomas negativos ( $t=-3,26$ ;  $p<0,005$ ), síntomas depresivos ( $t=-1,94$ ;  $p<0,05$ ) y la gravedad clínica global ( $t=-3,06$ ;  $p<0,05$ ). En los síntomas clínicos el grupo de riesgo presenta mayor gravedad. Estos resultados apuntan hacia la ausencia de red de soporte social y de intervención familiar pueden influir en las oportunidades de participar en la comunidad, las habilidades de autonomía personal y la consecución de la estabilidad clínica.

### **3. Diferencias de los conglomerados de funcionamiento psicosocial en las variables sociodemográficas**

En la tabla 7 se muestran los resultados. Para comparar entre los grupos se realizó una comparación mediante tablas de contingencia para variables nominales. Para comprobar la significación estadística se utilizó el Coeficiente de Contingencia y para identificar donde están las diferencias se utilizaron los residuos tipificados. No hay diferencias en género, estado civil, convivencia, nivel educativo, nivel económico, diagnóstico ni en la mayoría de factores de riesgo.



## AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA

Sin embargo si se observaron diferencias en edad, distancia del domicilio al centro, tratamiento anterior recibido y red de apoyo social. El grupo de altas necesidades tenía menos edad, no había recibido antes de su derivación al centro de día tratamiento farmacológico, y tenía menos red de soporte social que los otros dos grupos. En relación a los anteriores resultados vimos que no había diferencias en tiempo de evolución del TMG y el grupo ACAN-AICG presentaba un mayor deterioro cognitivo. Esto podría relejar la existencia de un grupo de usuarios jóvenes, con alto deterioro, tendencia al aislamiento, inicio temprano del trastorno, ausencia de soportes de apoyo social y necesidades altas de asegurar el tratamiento psicofarmacológico.

Tabla 7. Características sociodemográficas, clínicas y psicosociales de las agrupaciones en CAN- ICG

	ACAN- AICG (G1)	BCAN- BICG (G2)	MCAN- MICG (G3)	P (Coeficiente C)	Comparaciones
Edad (%)					
18-33	33.3*	3.4	0	X <sup>2</sup> =21,24 <0,001 (0.42)	G1>G3
34-39	33.3	43.1	71.4		
50-65	33.3	53.4	28.6		
Género (%)					
Hombre	50	61.4	77.1	X <sup>2</sup> *=3.16 N.S. (0.17)	
Mujer	50	38.6	22.9		
Estado Civil (%)					
Casado/a	0	12.1	2.9	X <sup>2</sup> *=3.16 N.S. (0.29)	
Soltero/a	83.3	72.4	82.9		
Con pareja	0	3.4	0		
Separado/a	0	1.7	2.9		
Divorciado/a	16.7	10.3	5.7		
Viudo/a	0	0	5.7		
Distancia del domicilio (%)					

**AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA**

<15Km	50	81	97.1	X <sup>2</sup> =11.69 ) P<0.05 (0.32)	G3<G1,G2
15-30Km	33.3	15.5	0*		
>30Km	16.7	3.4	2.9		
Convivencia (%)				X <sup>2</sup> *=13.7 2 N.S. (0.34)	
Solo/a	0	8.6	17.1		
Con familia de origen	33.3	50	60		
Con familia formada	0	8.6	5.7		
Con pareja	0	6.9	0		
Con otros familiares	16.7	1.7	2.9		
Con amigos y otras personas	50	24.1	14.3		
Nivel de estudios (%)				X <sup>2</sup> *=5.98 N.S. (0.24)	
Sin estudios	33.3	8.8	5.7		
Enseñanza primaria	33.3	47.4	40		
Enseñanza secundaria	33.3	36.8	48.6		
Estudios universitarios	0	7	5.7		
Nivel socioeconómico - ingresos(%)				X <sup>2</sup> *=8.8 N.S. (0.28)	
<300€	0	10.5	2.9		
301€ a 600€	83.3	66.7	57.1		
601€ a 900€	0	15.8	17.1		
>901€	16.7	7	20		
Sin ingresos	0	0	2.9		
Situación jurídica (%)				X <sup>2</sup> *=3.49 N.S. (0.18)	
Ninguna	83.3	65.5	77.1		
Curatela / Tutela patrimonial	0	12.1	2.9		
Tutela	16.7	22.4	20		

**AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA**

Diagnóstico principal (%)					
Esquizofrenia	83.3	77.6	65.7	$\chi^2=15.0$	
T.Bipolar	0	6.9	2.9	5	
T.Personalidad	0	5.2	5.7	N.S.	
Otros Psicóticos	0	8.6	8.6	(0.36)	
T. Depresivos	0	0	8.6		
T. Ansiedad	0	1.7	0		
Otros	16.7	0	8.6		
Tratamiento anterior recibido (%)					
Farmacológico	0	49.1	53.1	$\chi^2=21.4$	G1>G2,G3
Psicoterapia	83.3	50.9	43.8	7	
Ambos	16.7*	0	0	P<0.05	
Ninguno				(0.42)	
Factores de riesgo y protección (%"SI")					
Consumo de tóxicos	0	5.3	15.6	N.S.	
Adherencia medicación	83.3	89.5	84.4	N.S.	
Red de apoyo	20*	71.9	40.6	$\chi^2=11.5$ ;	G1<G2,G3
Ingresos último año	0	13	25.8	P<0.005	
Intervención familiar	40	75	62.5	(0.33)	
Apoyo familiar	66.7	82.5	80.6	N.S.	
				N.S.	

\* Indica el grupo donde se encuentran las diferencias significativas.

## AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA

### 3. Diferencias de los conglomerados de Factores de Riesgo y de Protección en las variables sociodemográficas

En la tabla 8 se muestran las diferencias del perfil de los grupos de riesgo encontrados. Se utilizaron tablas de contingencia, el test de V de Cramer ya que todas las tablas eran 2x2 y el análisis de residuos tipificados. No se encontraron diferencias significativas en edad, género, estado civil, nivel de estudio, convivencia, ingresos económicos, diagnóstico, tratamiento anterior recibido. Si se encontraron diferencias en la red de apoyo social, haber recibido intervención familiar y tener apoyo familiar, que indican que el grupo de riesgo sociofamiliar tiene menos soportes de apoyo. En función de los resultados antes presentados este grupo presenta más gravedad en habilidades psicosociales de la autonomía personal y social, sumado a la mayor escasez de soportes de apoyo.

Tabla 8. Características sociodemográficas, clínicas y psicosociales de las agrupaciones en Factores de Riesgo

	G- PROTECC ION  (G1, n=45)	G- RIESG O SOCFA M  (G2, n=54)	P (V de Cramer)	Comparacio nes
Edad (%)				
18-33	4.4	5.6	$\chi^2=0.28$	
34-39	53.3	48.1	N.S.	
50-65	42.2	46.3	(0.05)	
Género (%)				
Hombre	62.2	67.9	$\chi^2=1.38$	
Mujer	37.8	32.1	N.S.  (0.11)	
Estado Civil (%)				
Casado/a	11.1	9.3	$\chi^2=3.09$	

**AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA**

Soltero/a	75.6	74.1	N.S.	
Con pareja	2.2	1.9	(0.17)	
Separado/a	2.2	0		
Divorciado/a	8.9	11.1		
Viudo/a	0	3.7		
Distancia del domicilio (%)			$X^2=2.16$	
<15Km	88.9	81.5	N.S.	
15-30Km	8.9	9.3	(0.14)	
>30Km	2.2	9.3		
Convivencia (%)				
Solo/a	8.9	13	$X^2=9.36$	
Con familia de origen	66.7	40.7	N.S.	
Con familia formada	4.4	9.3	(0.30)	
Con pareja	6.7	3.7		
Con otros familiares	4.4	5.6		
Con amigos y otras personas	8.9	27.8		
Nivel de estudios (%)				
Sin estudios	11.1	5.7	$X^2=2.71$	
Enseñanza primaria	44.4	43.4	N.S.	
Enseñanza secundaria	35.6	47.2	(0.16)	
Estudios universitarios	8.9	3.8		
Nivel socioeconómico - ingresos(%)				
<300€	8.9	9.3	$X^2=0.62$	
301€ a 600€	62.2	63	N.S.	

**AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA**

601€ a 900€	13.3	16.7	(0.16)	
>901€	11.1	11.1		
Sin ingresos	4.4	0		
Situación jurídica (%)				
Ninguna	64.4	83.3	$\chi^2=4.85$	
Curatela / Tutela patrimonial	11.1	3.7	N.S.	
Tutela	24.4	13	(0.22)	
Diagnóstico principal (%)				
Esquizofrenia	75.6	70.4	$\chi^2=2.26$	
T.Bipolar	6.7	3.7	N.S.	
T.Personalidad	4.4	5.6	(0.15)	
Otros Psicóticos	8.9	9.3		
T. Depresivos	2.2	3.7		
T. Ansiedad	0	1.9		
Otros	2.2	5.6		
Busca ayuda cuando incrementan los síntomas (%)			$\chi^2=6.00$	
Siempre	8.9	14.8	N.S.	
Casi siempre	13.3	20.4	(0.24)	
A veces	17.8	27.8		
Casi nunca	31.1	24.1		
Nunca	28.9	13		
Tratamiento anterior recibido (%)				
Farmacológico	60	38.9	$\chi^2=5.98$	
	0	3.7	N.S.	

## AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA

Psicoterapia	40	55.6	(0.24)	
Ambos	0	1.9		
Ninguno				
<b>Factores de riesgo y protección (%"SI")</b>				
Consumo de tóxicos	8.9	13	N.S.	
Adherencia medicación	88.9	90.7	N.S.	
Red de apoyo	100	18.5	P<0.001 (0.81)	G2<G1
Ingresos último año	22.2	13	N.S.	
Intervención familiar	100	35.2	P<0.001 (0.67)	G2<G1
Apoyo familiar	97.8	68.5	P<0.001 (0.37)	G2<G1

### DISCUSION

Este estudio ha clasificado mediante un análisis de conglomerados a una muestra de personas con TMG de larga evolución en grupos de alto, medio y bajo nivel de necesidades psicosociales y clínicas. Estas diferencias no se deben al género, nivel de estudios, diagnóstico ni duración del trastorno. Las diferencias parecen explicarse fundamentalmente por el tipo de sintomatología predominante (psicótica, depresiva o cognitiva) y por la existencia o ausencia de una red de apoyo social. El segundo análisis de conglomerados clasificó a la muestra en dos grupos uno caracterizado por factores de protección y otro por factores de riesgo. De nuevo las diferencias en estos dos grupos no se explican por el género, diagnóstico ni duración del trastorno, y de nuevo aparecen las variables de soporte social y la sintomatología además de la intervención familiar. Estos datos apoyan la idea de que la afectación de necesidades psicosociales en el TMG es un proceso multifactorial que no se puede comprender sólo en términos de dimensiones clínico-diagnósticas obviando las dimensiones sociales.

## **AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA**

La evaluación de necesidades es un tema complejo y es necesario realizar una evaluación completa de necesidades en cada persona. En esta línea destaca el estudio de Lasalvia, Bonetto, TAnella, Stefani y Ruggeri (2008) en el que al hacer una evaluación de necesidades en colaboración y acuerdo con el paciente, mejoró los resultados clínicos y sociales, incrementó la satisfacción con la vida y con el tratamiento recibido, independientemente de las variables clínicas y sociodemográficas.

Este estudio viene a demostrar la importancia de dos variables: la intervención familiar y el apoyo social que cuando se asocia a la sintomatología negativa, depresiva o cognitiva determina un nivel de gravedad y de necesidades funcionales específico. Los datos apuntan a la idea de que la ausencia de apoyo social y de intervención familiar asociados a gravedad en síntomas psicóticos y/o depresivos implican problemas en el funcionamiento cotidiano y precisan un abordaje integral y completo: clínico, psicofarmacológico, social y familiar.

Nuestros resultados son consistentes con ensayos clínicos de la terapia de conducta y cognitiva de los síntomas psicóticos negativos en personas con TMG que demuestran mejoría de la competencia social, el funcionamiento y la gravedad clínica (Granholt, Holden, Link y McQuaid, 2014). También son consistentes con estudios de revisión de pacientes de larga evolución que recomiendan la necesidad de administrar intervenciones psicológicas orientadas a reducir los síntomas depresivos, a la vez que abordar el deterioro cognitivo y las necesidades de funcionamiento psicosocial (Bartels y Pratt, 2009).

Los resultados en relación al apoyo social enfatizan la dimensión social de la recuperación. Se requiere prestar mayor atención al entorno social en el que la persona vive. Aumentar las formas y oportunidades de apoyo social y relaciones sociales significativas puede constituir una herramienta central para la reconstrucción de la identidad personal. Son claves los esfuerzos para evaluar y aumentar la red social, restaurando la red perdida si es posible o encontrando una red alternativa a través de programas de apoyo mutuo que se pueden convertir en contextos de apoyo muy útiles para muchas personas (Mezzina et al., 2006).

También los resultados del estudio coinciden con 30 años de investigación en intervención familiar que permiten concluir con rotundidad que las intervenciones familiares deben estar accesibles para todas las personas con un TMG en especial para personas con esquizofrenia y que su presencia o ausencia determina en gran medida buena parte de los resultados y posibilidades de la recuperación (NICE, 2014).

Merece la pena prestar algo de atención al grupo de necesidades medias de la primera agrupación encontrada en el estudio.



## **AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA**

Respecto a los otros dos grupos los pacientes en este grupo presentan más síntomas negativos y depresivos. En este grupo podría ser útil la aplicación del modelo cognitivo de los síntomas negativos de la esquizofrenia (Beck, Rector, Stolar y Grant, 2010). Este modelo considera los síntomas negativos como respuestas comprensibles a las demandas del entorno. Por ejemplo una persona con síntomas negativos puede aislarse para no sobrepasar su tolerancia al estrés, puede tener expectativas derrotistas y no mostrar conductas pro-sociales, limitar sus experiencias de refuerzo y sus conductas de motivación (anhedonia). Estas conductas y actitudes pueden conducir a una autoeficacia negativa y a la construcción del cuadro depresivo. En este grupo habría que explorar en mayor profundidad la relación entre los síntomas negativos y depresivos, así como integrar programas de rehabilitación psicosocial clásicos como el entrenamiento en habilidades sociales, junto con la terapia cognitiva (De Silva, Cooper, Li, Lund y Patel, 2013; Gaudiano, 2006).

El grupo de altas necesidades (ACAN-AICG) presenta la mayor carga de necesidades en las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, en los síntomas de deterioro cognitivo y en las dificultades de participar en sociedad. Este es un grupo más complejo por los problemas cognitivos que pueden limitar otro tipo de intervenciones. La intervención con estos casos en el Centro de Día debería incluir un paquete de programas complejo e intensivo de tratamientos incluyendo terapia integrada y multicomponente como la terapia IPT (Roder, Brenner, Kienzle y Fuentes, 2007), programas de modificación de conducta para el entrenamiento de hábitos de vida (López, Moreno, Navarro y Carrasco, 2009) y programas que potencien el contacto y la inclusión social-comunitaria. Además este grupo está caracterizado por menor edad, menos presencia de síntomas positivos y menos ingresos psiquiátricos hospitalarios y podría pasar desapercibido en los servicios de salud mental y terminar derivado en recursos orientados a personas de larga evolución y con pocas expectativas de recuperación. Para estos casos se necesitan abordajes asertivos intensivos desde los centros de salud mental enfocados en la filosofía y principios asertivo comunitarios.

En el segundo análisis de conglomerados, el grupo de protección presentó paradójicamente más problemas en AVD, en participación social y en las barreras del entorno (ver tabla 6). Si unimos estos datos con el hecho de que este grupo no ha recibido intervención familiar, se podría extraer la conclusión de que protección podría significar sobreprotección.

## **AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA**

La intervención en este grupo estable clínicamente podría estar caracterizada por la evitación del riesgo más que por la consecución de mayor autonomía, lo que reforzaría unas bajas expectativas de mejoría. Se debe intervenir con la persona y con la familia a la vez para lograr incrementar la confianza de ambos en las posibilidades de autonomía.

Las intervenciones multifamiliares podrían ser una buena opción para este subgrupo (Alcalde y Montero, 2014; McFarlane et al., 1995).

El estudio tiene algunas limitaciones. La muestra es heterogénea en cuanto a patrones evolutivos, síntomas y funcionamiento. Las medidas utilizadas aunque son las que se utilizan habitualmente, carecen de un modelo conceptual claro y las dimensiones no contemplan todas las necesidades posibles. El estudio tampoco excluye la comorbilidad psicopatológica (por ejemplo depresiva) y por tanto sus efectos en las dimensiones clínicas. El estudio tampoco puede asegurar la estabilidad temporal de los grupos encontrados ya que no se presentan datos longitudinales. Sin embargo, también tiene fortalezas que hay que recalcar: validez ecológica de una muestra de pacientes tal cual se presentan en la realidad asistencial.

El diseño y el análisis de los datos que se ha realizado de las necesidades y su clasificación es novedoso en este campo y permite extraer conclusiones desde otras ópticas argumentativas.

Resumiendo, usando un análisis de conglomerados se han identificado subgrupos que nos dan pistas sobre las necesidades que presentan las personas que llegan a los Centros de Día. Este acercamiento se enfoca en las dimensiones clínicas y psicosociales combinadas, más allá de las comparaciones basadas únicamente en el diagnóstico.

En nuestra realidad de la Comunidad de Madrid y de España las personas se presentan en los recursos y servicios de rehabilitación psicosocial con los problemas de la sintomatología acompañados de los de funcionamiento psicosocial en la comunidad. Es éste último elemento el que determina la gravedad del trastorno y que produce una gama de discapacidades y limitaciones en el afrontamiento de acontecimientos vitales cotidianos entre las que destacan el mantenimiento de las redes sociales, la autonomía económica, las posibilidades de acceder y mantenerse en un empleo entre otros. Estas limitaciones convierten a las personas con un TMG en un colectivo de especial vulnerabilidad y proclive al desarrollo de conductas de aislamiento, hábitos disfuncionales en la salud y en lo social, pobreza y riesgo de exclusión.

## **AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA**

En la actualidad y tras varios años, los centros de Día se enfrentan a retos importantes, empezando por la misma consideración o definición de los trastornos que están tratando, la consideración de las necesidades que presentan las persona que las padecen, y también la respuesta o cartera de servicios que se debe ofertar en un modelo de red integrada pero compleja debido a su configuración o diversificación de centros de características similares en cuanto a la población atendida y a los servicios de rehabilitación ofertados.

### **BIBLIOGRAFIA**

1. Alcalde A. y Montero M.T. (2014). Una experiencia de grupo multifamiliar con personas con trastorno mental grave. *Clínica Contemporánea*, 5, Vol2, pp 205-212.
2. Alden E., Cobia D., Reilly J, y Smith M. (2015). Cluster analysis differentiates high and low community functioning in schizophrenia: subgroups differ on working memory but no other neurocognitive domains. *Schizophrenia Research*, 168, pp 273-278.
3. Bartels S. y Pratt S. (2009). Psychosocial rehabilitation and quality of life for older adults with serious mental illness: recent findings and future research directions. *Curr Opin Psychiatry*, 22-4, pp 381-385.
4. Beck A., Rector N., Stolar N. y Grant P. (2010). *Esquizofrenia. Teoría cognitiva, investigación y terapia*. Barcelona: Paidós.
5. Bellack A.S., Green M.F., Cook J.A., Fenton W., Harvey P.D. y, Heaton R.K. et al. (2007). Assessment of community functioning in people with schizophrenia and other severe mental illness: a white paper based on a NIMH-sponsored workshop. *Schizophrenia Bulletin* 33(3), pp 805-822.
6. De Silva MJ, Cooper S., Li H.L., Lund C. y Patel V. (2013) Effect of psychosocial interventions on social functioning in depression and schizophrenia: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 202, pp 253-260.
7. Gaudio B. A. (2006). Is symptomatic improvement in clinical trials of cognitive-behavioral therapy for psychosis clinically significant?. *J Psychiatr Pract* 12, pp11-23.
8. González I., Alberich S., Martínez M., Barbeito S., Vega P., Ruiz S. et al. (2011). Funcionamiento psicosocial en pacientes con primeros episodios psicóticos: seguimiento a 1 año. *Rev Psiquiatría.com*, pp 15-34.

## **AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA**

9. Gould F., Bowie C.R. y Harvey P.D. (2012). The influence of demographic factors on functional capacity and everyday functional outcomes in schizophrenia. *J Clin. Exp. Neuropsychol* (34(5), pp 467-475.
10. Granholm E., Holden J, Link P. y Mcquaid J. (2014). Randomized clinical trial of cognitive behavioral social skills training for schizophrenia: improvement in functioning and experiential negative symptoms. *J Consult Clin Psychology*, 82, pp.1173-1185.
11. Gupta M., Bassett E., Iftene F. y Bowie C.R. (2012) Functional outcomes in schizophrenia: understanding the competence-performance discrepancy. *Journal of Psychiatry Research* 46(2), pp 205-211.
12. Lasalvia A., Bonetto C., Tansella M., Stefani B. y Ruggeri M. (2008). Does staff-patient agreement on needs for care predict a better mental health outcome? A 4-year follow-up in a community service. *Psychological Medicine*, 38, pp 123-133.
13. López M., Moreno M.J., Navarro D y Carrasco O. (2009). Entrenamiento en habilidades de la vida diaria en personas con trastorno mental grave. Descripción de la intervención y estudio de casos. *Psicología.com*, 13:2 .
14. McFarlane W., Lukens E., Link B., Dushay R., Deakins S., Newmark M. et al. (1995). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 52, Pp 679-687.
15. Mezzina R., Davidson L., Borg M., Marin I., Topor A. y Sells D. (2009). The social nature of recovery: discussion and implications for practice. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 9, pp 63-80.
16. National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/resources/psychosis-and-schizophrenia-in-adults-prevention-and-management-pdf-35109758952133>
17. Navarro D. y Carrasco O. (2010). Características psicopatológicas y de funcionamiento social en personas con Trastorno Mental Grave: un estudio descriptivo. *Rehabilitación Psicosocial* 1-2, pp 11-25.
18. Navarro D. y Carrasco O. (2011). Diferencias de género en los síntomas y el funcionamiento psicosocial de personas con trastorno mental grave. *Rev Psiquiatria.com*, pp 15-29.

## **AGRUPACIONES DE PERSONAS DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO MENTAL GRAVE EN FUNCIONAMIENTO Y GRAVEDAD CLÍNICA**

19. Peralta V., Cuesta M.J. y De León J. (1994). An Empirical analysis of latent structures underlying schizophrenic symptoms: a tour síndrome model. *Biological Psychiatry*, 36, pp 726-736.
20. Revista Oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría. (2009). *World Psychiatry* 7(2).
21. Roder V, Brenner H., Kienzle I y Fuentes I. (2007). *Terapia Psicológica Integrada para la Esquizofrenia*. Granada: Alborán.
22. Sartorius N. (2009). La discapacidad y la enfermedad mental son entidades diferentes y deben evaluarse por separado. *World Psychiatry* 7(2), pp 86.
23. Schennach-Wolff R., Jager M., Seemuller F., Obermeier M., Messer T., Laux G. et al. (2009) Defining and predicting functional outcome in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 113, pp 210-217.
24. Tandon R., Nasrallah H.A. y Keshavan M.S. (2010). Schizophrenia "just de facts" 5. Treatment and prevention. Past, present and future. *Schizophrenia Research* 122 (1-3), pp 1-23.
25. Üstun B. y Kennedy C. (2009). ¿Qué es la alteración funcional?. Esclarecimiento de la discapacidad en el criterio de importancia clínica. *World Psychiatry (Ed Esp)* 7(2), pp 82-85.