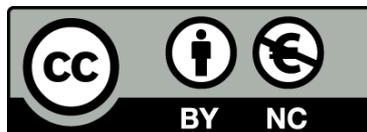




UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

## Valoración del grado de Funcionamiento y de Salud Mental Positiva en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, atendidos en la comunidad

Eva M<sup>a</sup> Luján Luján



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0. Spain License.**



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

**Valoración del grado de  
Funcionamiento y de Salud Mental  
Positiva en pacientes diagnosticados  
de esquizofrenia, atendidos en la  
comunidad**

**Eva M<sup>a</sup> Luján Luján**







UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

## Programa de Doctorado en Enfermería y Salud

Línea de investigación del Programa: Enfermería de Salud Mental y Adicciones

Instrumentos de análisis y de medida

Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Barcelona

### **TESIS DOCTORAL**

## **Valoración del grado de Funcionamiento y de Salud Mental Positiva en pacientes diagnosticados de Esquizofrenia, atendidos en la comunidad**

Proyecto de tesis doctoral presentado por

Eva M<sup>a</sup> Luján Luján

Directoras de tesis

Dra. M<sup>a</sup> Dolores Miguel Ruiz

Dra. Edith Pomarol-Clotet

Tutora

Dra. Montserrat Puig Llobet

Barcelona, 2021



*“Lo importante no es lo que nos hace el  
destino, sino lo que nosotros  
hacemos de él”*

*Florence Nightingale*



“A todos los profesionales de la enfermería que, con su esfuerzo y dedicación en estos dos últimos años, han demostrado que la enfermería es un arte”



## Agradecimientos

Llegado este momento, quiero dar las gracias a todas las personas que han hecho que este proyecto se haya podido llevar a cabo, por darme fuerza y ánimo en las etapas más complicadas.

Este último año y medio ha sido muy difícil para todos. La COVID-19, entró en nuestras vidas para quedarse en forma de pandemia, causando desolación y tristeza, no distinguiendo entre nacionalidades, etnias, religiones o ideologías, haciendo que nuestras vidas hayan cambiado por completo, como si de una película futurista se tratara, sin dejarnos vislumbrar cual será nuestro destino.

Muchas gracias a todas las personas afectas de trastorno mental, que me han ayudado, para que este proyecto se haya podido llevar a cabo y por los ánimos proporcionados a medida que el tiempo iba transcurriendo.

Quiero agradecer a mis directoras de tesis Dra. M<sup>a</sup> Dolores Miguel Ruiz y la Dra. Edith Pomarol-Clotet la confianza que han depositado en mi para poder llevar a cabo este proyecto, ofreciéndome su apoyo, sus consejos y su conocimiento. Gracias también a la Dra. Montserrat Puig, por formar parte de este proyecto. Gracias a la Dra. M<sup>a</sup> Teresa Lluch, por su entusiasmo y sus conocimientos. Gracias a FIDMAG Germanes Hospitalàries Research Foundation, por su asesoramiento, especialmente al Dr. Raimon Salvador y al Dr. Salvador Sarro y a las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, Benito Menni CASM, por haberme dejado crecer como profesional a lo largo de estos años.

Gracias a mis compañeros, de Enfermería del Centro de Salud Mental Benito Menni de Granollers, en especial a Sergi Huertas que ha sido un pilar importante en el desarrollo de este proyecto. A Eduardo Santa Coloma, por

animarme y darme fuerzas en nuestro día a día y por qué además de ser una gran persona es admirable la fuerza y valentía que demuestra en la vida. A Susana Lira y a Marta Pi, por su amor incondicional. A todos ellos, porque siendo compañeros de trabajo, forman parte de mi vida.

A Jorge Mylonakis, que me ayudo en el último "sprint" de la recogida de la muestra. A mi equipo de la Vall de Tenes, Sara Moreno y Gretel González, porque hasta que empezó el estado de confinamiento, los jueves en espacio PTI, nuestro día a día, se hacía más llevadero.

Gracias a la Escuela Universitaria de Enfermería de Sant Joan de Déu, y a sus profesionales, especialmente al Dr. Juan Roldán, por su ayuda, sus consejos y sus ánimos.

Gracias, a mi amiga Elena Sánchez por creer y confiar en mí, por ser mi paño de lágrimas, por sus conocimientos y por su experiencia en el Trabajo Social Sanitario.

Gracias a Servando por enseñarme, que a tus 94 años la vida es buena salud y mala memoria y a Eugi y Fede, por hacerme sentir una más de la familia.

Gracias a mis padres Cipriano y María, por su amor incondicional y por haberme enseñado que el esfuerzo y la dedicación hacen que consigas todo lo que te propongas. A mi hermana Miryam por su valentía y esfuerzo en la vida y a mi hijo Pol, por ser la experiencia más inolvidable que tendré en la vida.

Gracias a mi compañero de viaje, Manuel; porque desde que te conocí la vida es cada día más bonita. Gracias, por llevarme de la mano siempre, tanto en los momentos buenos como en los no tan buenos, por darme soporte, quererme como me quieres, centrarme cuando lo necesito y sobre todo por tu paciencia, en estos últimos tiempos. ¡Contigo, hasta el infinito y más allá!

# Índice

<i>Resumen</i> .....	1
<i>Abstract</i> .....	6
<b>1. Introducción y Marco Teórico</b> .....	<b>10</b>
1.1. <i>Funcionamiento</i> .....	13
1.2. <i>Esquizofrenia</i> .....	23
1.3. <i>Salud Mental Positiva</i> .....	39
<b>2. Justificación del estudio</b> .....	<b>49</b>
<b>3. Objetivos e Hipótesis</b> .....	<b>53</b>
<b>4. Metodología</b> .....	<b>55</b>
4.1. <i>Diseño de estudio</i> .....	56
4.2. <i>Ámbito de estudio</i> .....	56
4.3. <i>Población de estudio y muestra</i> .....	57
4.4. <i>Variables del estudio</i> .....	58
4.5. <i>Instrumentos y fuentes de información</i> .....	59
4.6. <i>Procedimiento de la recogida de datos</i> .....	62
4.7. <i>Análisis de los datos</i> .....	64
4.8. <i>Aspectos éticos</i> .....	66
<b>5. Resultados</b> .....	<b>68</b>
<b>5.1. Resultados objetivo 1</b> .....	<b>70</b>
<i>Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra</i> .....	70
<i>Análisis descriptivo de los ítems de la escala FAST</i> .....	72
<i>Análisis de la fiabilidad de la escala FAST</i> .....	75
<i>Análisis de la consistencia interna escala FAST</i> .....	75
<i>Resultados del análisis test-retest o estabilidad temporal</i> .....	77

<i>Resultados de la validez de la escala FAST</i> .....	81
<i>Análisis de la validez concurrente</i> .....	81
<b>5.2. Resultados objetivo 2.1</b> .....	90
<i>Identificar el grado de funcionamiento en las personas diagnosticadas de esquizofrenia atendidas a nivel ambulatorio</i> .....	90
<b>5.3. Resultados objetivo 2.2</b> .....	95
<i>Analizar la correlación entre el grado de funcionamiento y el grado de salud mental positiva de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia atendidos a nivel ambulatorio</i> .....	95
<b>6. Discusión de los Resultados</b> .....	106
<b>7. Limitaciones del estudio</b> .....	118
<b>8. Conclusiones</b> .....	121
<b>9. Referencias Bibliográficas</b> .....	124
<b>10. Difusión de la Investigación</b> .....	144
<b>11. Anexos</b> .....	147
<b>Anexo 1. Formulario de datos sociodemográficos y clínicos</b> .....	148
<b>Anexo 2. Prueba de Funcionamiento Breve (FAST)</b> .....	151
<b>Anexo 3. Escala de Salud Mental Positiva (SMP)</b> .....	153
<b>Anexo 4. GAF (Global Assessment of Functioning)</b> .....	156
<b>Anexo 5. Resolución favorable del Comité de Ética</b> .....	158
<b>Anexo 6. Consentimiento informado para el estudio</b> .....	160
<b>Anexo 7. Autorizaciones</b> .....	164
<b>Anexo 8. Premios</b> .....	168
<b>Anexo 9. Artículos</b> .....	171

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> Municipios que conforman el ámbito del estudio.....	57
<b>Figura 2.</b> Algoritmo del procedimiento de recogida de datos.....	63
<b>Figura 3.</b> Parámetros estandarizados del modelo .....	87
<b>Figura 4.</b> Modelo Bidireccional de relación entre los factores de la escala FAST y los factores de la SMP.....	104

## Índice de Gráficos

<b>Gráfico 1.</b> Histograma de frecuencias de la puntuación total de la escala FAST (n=226).....	72
<b>Gráfico 2.</b> Análisis de correlación entre las puntuaciones totales de las dos escalas FAST.....	77
<b>Gráfico 3.</b> Diferencias en los valores de la puntuación de la escala FAST entre dos observadores en relación con su promedio.....	79
<b>Gráfico 4.</b> Método de Bland y Altman: Diferencia de las puntuaciones frente a la media de las dos escalas FAST.....	79
<b>Gráfico 5.</b> Histograma de las diferencias de puntuaciones de las dos escalas FAST.....	80
<b>Gráfico 6.</b> Análisis de correlación entre las puntuaciones totales de la escala FAST y la escala GAF.....	82
<b>Gráfico 7.</b> Puntuación total de la escala FAST según los diferentes diagnósticos (media e intervalo de confianza del 95%).....	83
<b>Gráfico 8.</b> Histograma de frecuencias de la puntuación total CSMP.....	95

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Escalas específicas de funcionamiento en esquizofrenia .....	20
<b>Tabla 2.</b> Factores genéticos que influyen en la esquizofrenia.....	27
<b>Tabla 3.</b> Factores ambientales que influyen en la esquizofrenia.....	28
<b>Tabla 4.</b> Criterios diagnósticos CIE 10 Esquizofrenia .....	30
<b>Tabla 5.</b> Criterios diagnósticos que se muestran en el DSM-V.....	33
<b>Tabla 6.</b> Factores generales y específicos de la SMP .....	43
<b>Tabla 7.</b> Modelo multifactorial de Lluch.....	45
<b>Tabla 8.</b> Correspondencia de los ítems con los factores. Valores máximos y mínimos.....	61
<b>Tabla 9.</b> Datos sociodemográficos de la muestra (n=226).....	71
<b>Tabla 10.</b> Datos clínicos de la muestra (n=226).....	72
<b>Tabla 11.</b> Estadísticos descriptivos de los ítems de la escala FAST .....	74
<b>Tabla 12.</b> Tabla Coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) de la escala FAST.....	76
<b>Tabla 13.</b> Escala Fast: Coeficiente de Correlación intraclase (CCI) test-retest	78
<b>Tabla 14.</b> Distribución de las diferencias absolutas sobre la medición de las dos escalas FAST en n=74 pacientes.....	81
<b>Tabla 15.</b> Evaluación de la validez discriminante mediante la comparación de medias de la escala FAST entre los grupos de diagnóstico de esquizofrenia..	83
<b>Tabla 16.</b> Prueba de KMO y Bartlett .....	84
<b>Tabla 17.</b> Varianza total explicada .....	85
<b>Tabla 18.</b> Cargas factoriales derivadas de la estimación LS (mínimos Cuadrados) del Análisis Factorial Confirmatorio ( $\lambda_{ij}$ ).....	86
<b>Tabla 19.</b> Índice de bondad de ajuste del modelo confirmatorio.....	88
<b>Tabla 20.</b> Puntuación media en la escala total FAST según variables sociodemográficas, clínicas y GAF .....	91
<b>Tabla 21.</b> Puntuaciones medias en cada factor de la escala FAST, según variables sociodemográficas y GAF.....	93
<b>Tabla 22.</b> Estadísticos descriptivos del CSMP por factores.....	96
<b>Tabla 23.</b> Puntuaciones medias en el CSMP, según variables	

<i>sociodemográficas y GAF n=226</i> .....	97
<b>Tabla 24.</b> <i>Puntuaciones medias en cada subescala del CSMP, según variables sociodemográficas y GAF</i> .....	99
<b>Tabla 25.</b> <i>Pruebas de normalidad entre los constructos globales FAST y CSMP</i> .....	102
<b>Tabla 26.</b> <i>Análisis de correlación entre los factores la escala FAST y los diferentes factores específicos del CSMP</i> .....	103

## Acrónimos del contenido

<b>AVAD</b>	Años de vida ajustados por discapacidad
<b>AVDP</b>	Años vividos con discapacidad
<b>CEIC</b>	Comité de Ética e Investigación Clínica
<b>CIE</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades
<b>CIF</b>	Clasificación Internacional de Funcionamiento
<b>CSMP</b>	Cuestionario de Salud Mental Positiva
<b>DSM</b>	Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales
<b>FAST</b>	Functioning Assesment Short Test
<b>GAF</b>	Global Assesment of Functioning Assesmentt Scale
<b>LSP</b>	Life Skills Profile
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PSP</b>	Personal and Social Performance
<b>SFS</b>	Social Functioning Scales
<b>SMP</b>	Salud Mental Positiva
<b>SOFAS</b>	Social and Occupational Functioning Assesment Scale

## Acrónimos del análisis estadístico

$\alpha$	Alfa de Cronbach
<b>AFC</b>	Análisis factorial confirmatorio
<b>AFE</b>	Análisis factorial exploratorio
<b>AGFI</b>	Índice de Bondad de Ajuste
<b>ANOVA</b>	Análisis de la varianza
<b>BBNFI</b>	Índice de Bentler Bonnet Normed Fit
<b>BBNNFI</b>	Índice de Bentler Bonnet Non Normed Fit
<b>CCI</b>	Coeficiente de Correlación Intraclase
<b>CFI</b>	Índice de Ajuste Comparativo
<b>DE</b>	Desviación estándar
<b>EQS</b>	Programa estadístico Structural Equation Modeling
<b>ESEM</b>	Exploratory Structural Equation Modelling
<b>gl</b>	Grados de Libertad
<b>n</b>	Muestra
<b>p</b>	Coeficiente de significación
<b><math>p &gt; 0.05</math></b>	Diferencia estadísticamente no significativa
<b><math>p \leq 0.05</math></b>	Diferencia estadísticamente significativa
<b>r</b>	Coeficiente de correlación de Pearson
<b>RMSE</b>	Raíz del Error Cuadrático Medio
<b>Sig</b>	Significación de la diferencia estadística
<b>SPSS</b>	Paquete estadístico de ciencias sociales
<b>t</b>	t de Student Fisher

**X**

Media

**X<sup>2</sup>**

Chi cuadrado

X

# Resumen - Abstract

## Resumen

### Introducción

En la esquizofrenia, el deterioro del funcionamiento es una característica de gran relevancia. Este deterioro se manifiesta en diferentes dominios, como son el ámbito de la autonomía, el ámbito laboral, el ámbito cognitivo, la participación en las actividades de ocio y las finanzas. Suele iniciarse en las etapas tempranas del trastorno y puede mantenerse o incluso provocar una discapacidad a medio largo plazo que comporta un elevado sufrimiento personal e incluso genera de manera indirecta un gasto importante para la sociedad (González-Ortega et al., 2010).

Para la evaluación del funcionamiento en la esquizofrenia, se han desarrollado múltiples instrumentos, pero no fue hasta la década de los 80, cuando se empezaron a desarrollar instrumentos que evaluaran el funcionamiento de manera global, siendo pocos los que evalúan dominios específicos y psicosociales en pacientes con esquizofrenia. Uno de estos instrumentos es la escala breve de funcionamiento (FAST), es una escala que evalúa los problemas de funcionamiento en pacientes con trastornos mentales, concretamente en trastornos bipolares. Teniendo en cuenta que la disciplina enfermera lleva a cabo cuidados en las diferentes áreas de funcionamiento de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia y que la Salud Mental Positiva es considerada como un aspecto importante de la salud global de la persona que actúa como protector de la salud física, se evaluaron estos dos constructos, para obtener datos recientes que ajusten más directamente las intervenciones de la disciplina enfermera.

### Objetivos

Nuestra investigación se centra en dos objetivos generales. En el primer objetivo se lleva a cabo la validación de la escala de funcionamiento breve (FAST) en personas diagnosticadas de esquizofrenia y como segundo objetivo general evaluaremos el grado de funcionamiento y el grado de Salud Mental

Positiva (SMP), en personas diagnosticadas de esquizofrenia que estén realizando seguimiento de forma ambulatoria.

### Metodología

Se trata de un estudio psicométrico, descriptivo y transversal, realizado en el Centro de Salud Mental de Adultos de Granollers, situado en la Comarca del Valles Oriental, Provincia de Barcelona.

La muestra de nuestra investigación estuvo configurada por 226 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-IV-TR, de edad igual o superior a los 18 años, que tuvieran una vinculación al centro de un mínimo de 6 meses, y quisieran participar de manera voluntaria. Se recogieron variables referidas a características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, grado de discapacidad); variables referidas a características clínicas (tipo de tratamiento, años de evolución de la enfermedad, diagnóstico); GAF (puntuación global de valoración de funcionamiento); variables referidas a la escala breve de funcionamiento (FAST), (nivel global, como a las diferentes áreas de funcionamiento); variables referidas a la salud mental positiva (nivel global de salud mental positiva y de cada uno de los seis factores específicos de salud mental positiva).

Para validar la escala de funcionamiento breve (FAST) en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, se analizaron las propiedades psicométricas de la escala: análisis de consistencia interna mediante el alfa de Cronbach y la estabilidad temporal o fiabilidad test-retest mediante la consistencia inter observador, administrando la escala de nuevo a los 7-14 días a 74 pacientes. Se realizó el análisis de validez de la escala FAST, mediante la validez convergente o de criterio, que se llevó a cabo mediante el análisis de correlación de la escala FAST con la escala GAF y la validez discriminante se analizó mediante la comparación de los diferentes diagnósticos de esquizofrenia. Posteriormente para la validez del constructo se realizó el análisis factorial confirmatorio mediante el método de mínimos cuadrados generalizados.

Para llevar a cabo el segundo objetivo, se evaluó el grado de funcionamiento de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia y posteriormente se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre la Salud Mental Positiva y el nivel de funcionamiento. Se trabajó con un intervalo del 95% de confianza y se consideró que la diferencia entre las variables es significativa cuando el grado de significación ( $p$ ) es inferior o igual a 0,05. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 25.0 (IBM® Statistical Package for the Social Sciences [SPSS]) y el EQS® versión 6.2. para el análisis factorial confirmatorio.

### Resultados

Un total de 226 pacientes participaron en nuestra investigación, con una edad media de 44,39 años, (DE 11,42), siendo el 69% hombres. Un 76,5% eran solteros, un 15,5% vivían solos y un 53,1% vivía en su familia de origen. El 87,6% tenían estudios primarios y/o secundarios y solo un 10,2% estaba laboralmente activo. De los 226, el 80,5% tenían el grado de discapacidad.

El 87,6% presentaba un diagnóstico de esquizofrenia paranoide y el 52,2%, estaba con tratamiento oral. El 46,9% tenía una evolución de más de 15 años de la enfermedad. No se encontraron diferencias de porcentaje en el GAF siendo un 50% en los dos grupos (mayor y menor o igual a 50).

En relación con los resultados psicométricos de la escala FAST, la consistencia interna de para el total de la escala fue de 0,87 y para cada uno de los factores se obtuvieron valores superiores a 0,70 excepto en los factores relaciones interpersonales que se obtuvo un valor de 0,61 y en factor ocio, que se obtuvo un valor de 0,66.

El coeficiente de correlación intraclase (CCI) para el total de la escala FAST fue de 0,864, siendo para cada uno de los factores superior a 0,70. La media de puntuación de la escala FAST fue de 35,72 (DE 11,18), siendo su puntuación más elevada en aquellos pacientes que presentaban un GAF igual a inferior a 50 39,04 (DE 11,03), con diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,0001$ ). La correlación entre la escala FAST y la escala GAF, según el coeficiente de Spearman fue de -0,324 ( $p < 0,0001$ ). El análisis factorial confirmatorio reveló la

existencia de 6 factores y 24 ítems con un adecuado ajuste del modelo.

Respecto a los resultados del perfil de funcionamiento de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia mediante la escala FAST, se obtuvo una puntuación media de 35,71 (DE 11,18), siendo la mediana de 36,00 con un valor mínimo de 8 y un valor máximo de 68.

En relación con los resultados obtenidos en el cuestionario de salud mental positiva (CSMP), la puntuación media de los participantes estuvo situada en 83,25 (DE 19,39), con una mediana de 83, siendo el valor mínimo de 39 y el valor máximo de 140.

Los resultados de correlación entre la escala FAST y el cuestionario de salud mental positiva como constructos globales fue de  $r=0,610$  (0,001) Todos los factores de la escala FAST correlacionaron de manera significativa con el (CSMP), a excepción del factor de funcionamiento laboral que lo hizo únicamente con el factor 6 del CSMP, habilidades de relación interpersonal.

### Conclusiones

Esta investigación ha validado la escala breve de evaluación de funcionamiento (FAST) evaluando el grado de funcionamiento y de salud mental positiva de pacientes diagnosticados de esquizofrenia atendidos en la comunidad.

La FAST, demuestra buenas propiedades psicométricas en términos de validez y confiabilidad al ser usada en pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia, por tanto, se considera un instrumento útil para obtener información de pacientes con este diagnóstico atendidos a nivel ambulatorio, tanto en la práctica clínica como instrumento que permite detectar que áreas están más deterioradas y de este modo realizar intervenciones enfocadas a ellas.

Los resultados obtenidos nos muestran que a mayor evolución del trastorno y a mayor edad peor nivel de funcionamiento. Sin embargo, existe una relación

estadísticamente significativa entre el nivel global del funcionamiento y el Cuestionario de Salud Mental Positiva lo que significa que, aunque los participantes no tengan un buen nivel de funcionamiento, éste no es un requisito indispensable para poder tener una buena salud mental positiva.

**Palabras Clave:** Funcionamiento, Salud Mental Positiva, Esquizofrenia

## Abstract

### Introduction

In schizophrenia, impaired functioning is a highly relevant feature. This deterioration is manifested in different domains, such as the area of autonomy, interpersonal relationships, the workplace, participation in leisure activities, etc. It usually begins in the early stages of the disorder, and it can be maintained or even cause a disability in the medium-long term that involves high personal suffering and even indirectly generates a significant expense for society (González-Ortega et al., 2010).

For the evaluation of functioning in schizophrenia, several instruments have been developed, but it was not until the 1980s, when instruments began to be developed to assess functioning globally, with few assessing specific and psychosocial domains in patients with schizophrenia. The brief functioning scale (FAST) is an instrument that evaluates the problems of functioning in patients with mental disorders, specifically in bipolar disorders. Having taking into account that nursing carries out interventions in the different areas of operation of patients diagnosed with schizophrenia, it was considered to validate this scale in order to obtain reliable data that more directly adjust the interventions of the nursing discipline.

### Objectives

Our research focuses on two general objectives. In the first objective, the validation of the brief functioning scale (FAST) is carried out in people diagnosed with schizophrenia, and as a second general objective, we will evaluate the degree of functioning and the degree of Positive Mental Health (SMP), in people diagnosed with schizophrenia, who are being followed up on an outpatient basis.

### Methodology

This is a descriptive, cross-sectional psychometric study, carried out at the

Granollers Adult Mental Health Center, located in the Valles Oriental Region, Barcelona Province.

The sample of our research consisted of 226 patients with a diagnosis of schizophrenia according to the DSM-IV-TR, aged 18 years or older, who had a link to the center for a minimum of 6 months, and who wanted to participate in a voluntary. Variables referring to sociodemographic characteristics (age, sex, marital status, educational level, employment status, degree of disability) were collected; variables referred to clinical characteristics (type of treatment, years of evolution of the disease, diagnosis); GAF (Global Performance Assessment Score); variables referred to the short scale of operation (FAST), (global level, as the different areas of operation).

To validate the brief functioning scale (FAST) in patients diagnosed with schizophrenia, the psychometric properties of the scale were analyzed: internal consistency analysis using Cronbach's alpha, and temporal stability or test-retest reliability using inter-observer consistency, administering the scale again at 7-14 days to 74 patients. The validity analysis of the FAST scale was performed, using convergent or criterion validity, which was carried out by means of the correlation analysis of the FAST scale with the GAF scale, and the discriminant validity was analyzed by comparing the different schizophrenia diagnoses. Subsequently, for the validity of the construct, confirmatory factor analysis was performed using the generalized least squares method.

To carry out the second objective, the degree of functioning of patients diagnosed with schizophrenia was evaluated, and the Pearson's correlation coefficient between Positive Mental Health and level of functioning was subsequently calculated. We worked with a 95% confidence interval and it was considered that the difference between the variables is significant when the degree of significance (p) is less than or equal to 0.05. For the analysis of the data, the statistical package SPSS version 25.0 (IBM® Statistical Package for the Social Sciences [SPSS]) and the EQS® version 6.2. Were used for confirmatory factor analysis.

## Results

A total of 226 patients participated in our research, with a mean age of 44.39 years, (SD 11.42), with 69% being men. 76.5% were single, 15.5% lived alone and 53.1% lived in their family of origin. 87.6% had primary and / or secondary studies and only 10.2% were working actively. Of the 226, 80.5% had a degree of disability.

87.6% had a diagnosis of paranoid schizophrenia and 52.2% were on oral treatment. 46.9% had an evolution of more than 15 years of the disease. No percentage differences were found in the GAF, being 50% in the two groups (greater and less than or equal to 50).

In relation to the psychometric results of the FAST scale, the internal consistency of for the total of the scale was 0.87, and for each of the factors values greater than 0.70 were obtained, except for the Interpersonal Relations factors that were obtained a value of 0.61 and in leisure factor, a value of 0.66 was obtained.

The intraclass correlation coefficient (ICC) for the total FAST scale was 0.864, being for each of the factors greater than 0.70. The mean score of the FAST scale was 35.72 (SD 11.18), being its highest score in those patients who had a GAF equal to less than 50 39.04 (SD 11.03), with statistically differences significant ( $p < 0.0001$ ). The correlation between the FAST scale and the GAF scale, according to the Spearman coefficient, was -0.324 ( $p < 0.0001$ ). The confirmatory factor analysis revealed the existence of 6 factors and 24 indicators with an adequate fit of the model.

Regarding the results of the functioning profile of patients diagnosed with schizophrenia using the FAST scale, an average score of 35.71 (SD 11.18) was obtained, the median being 36.00, with a minimum value of 8 and a maximum value of 68. In relation to the results obtained in the positive mental health questionnaire (CSMP), the mean score of the participants was 83.25 (SD 19.39), with a median of 83, the minimum value being 39 and the maximum value of

140.

The correlation results between the FAST scale and the positive mental health questionnaire as global constructs was  $r = 0.610$  (0.001). All the factors on the FAST scale correlated significantly with the (CSMP), except for the factor of work performance that he did it only with the factor 6 of the CSMP, interpersonal relationship skills.

### Conclusions

This research has allowed the validation of the short functional evaluation scale (FAST), as well as the evaluation of the degree of functioning and positive mental health of patients diagnosed with schizophrenia cared for in the community.

The FAST showed good psychometric properties in terms of validity and reliability, when used in patients with the diagnosis of schizophrenia, therefore, it can be considered as a useful instrument to obtain information from patients with this diagnosis treated at the outpatient level, both in clinical practice as an instrument that allows us to detect which areas are most deteriorated and thus carry out targeted interventions.

The results obtained show us that the greater the evolution of the disorder and the older it is, the worse the level of functioning. However, there is a statistically significant relationship between the global level of functioning and the Positive Mental Health Questionnaire, this means although the participants do not have a good level of functioning, this is not an essential requirement in order to have good positive mental health.

**Key Words:** Functioning, Positive Mental Health, Schizophrenia

# 1.Introducción y Marco Teórico

En los últimos 50 años la realidad de las personas que padecen un trastorno mental, ha cambiado drásticamente, ya que han pasado de un futuro marcado por el internamiento de por vida en un hospital psiquiátrico a poder desarrollar su vida en la comunidad. Este hecho generó un gran interés a nivel social y clínico proporcionando información de la vida del individuo no solo a nivel familiar, si no relacional y de hábitos laborales y ocupacionales, teniendo en cuenta sus tratamientos y la evolución de su trastorno (Fernández de Larrinoa, 2002).

En el ámbito de la psiquiatría se han llevado a cabo grandes avances, sobre todo en el ámbito farmacológico, pero la remisión de los síntomas no es suficiente, ya que el trastorno de por sí comporta diferentes déficits en múltiples áreas. Una de las áreas más afectadas que presentan las personas diagnosticadas de esquizofrenia y que supone alrededor del 80% al 90% de la discapacidad del trastorno es el área de funcionamiento (Elkis y Meltzer, 2007). Esta discapacidad funcional no solo afecta a nivel global, sino también a diferentes áreas entre las que encontramos la autonomía, la laboral, la cognitiva, la económica, la personal y el ocio, no influyendo únicamente a la persona que padece el trastorno, sino también a su familia y entorno.

El presente trabajo se estructuró en 8 apartados diferenciados. En el primer apartado, se realizó una descripción teórica de los diferentes conceptos que enmarcan el objeto de estudio. El primer concepto es el de funcionamiento, ya que este es un factor clave para el mantenimiento de las personas que padecen un trastorno mental y constituye un potente predictor de la evolución de este. El segundo concepto, el de esquizofrenia como trastorno mental en el que nos centramos en nuestra investigación por su elevada prevalencia y cronicidad y el tercer concepto, la salud mental positiva (SMP) como concepto que evalúa la salud mental desde una perspectiva positiva.

El segundo apartado, describe los puntos básicos de la justificación de nuestro estudio. El tercer apartado describe los objetivos e hipótesis que nos sirven de

guía para el desarrollo de esta investigación.

El cuarto desarrolla el proceso metodológico sobre la validación de la escala de funcionamiento breve (FAST), mediante el estudio de las propiedades psicométricas de la misma, evaluando posteriormente el grado de funcionamiento de los participantes, el grado de salud mental positiva y la correlación que existe entre ambos constructos.

El quinto expone los resultados obtenidos del estudio para finalizar con los apartados sexto, séptimo y octavo que dan pasó a la discusión, las limitaciones del estudio y las conclusiones, respectivamente.

## 1.1. Funcionamiento

El concepto funcionamiento es definido por la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud) como un término global, que hace referencia a todas las funciones corporales, actividades y participación en la vida social y que indica por tanto, todos los aspectos positivos de la interacción entre un individuo con una “condición de salud” y sus factores contextuales (factores ambientales y personales) (Ayuso-Mateos et al., 2006).

El funcionamiento es un factor clave para el mantenimiento de las personas que padecen un trastorno mental constituyendo un potente predictor de la evolución de este, siendo un objetivo prioritario en muchos de los programas de rehabilitación existentes, por lo que su estudio resulta de especial interés (Anthony y Liberman, 1986).

Analizando la literatura, podemos encontrar *dos constructos* diferentes que hacen referencia al funcionamiento.

Se puede distinguir entre **la capacidad funcional**, es decir, la capacidad de realizar una tarea en condiciones óptimas y **el funcionamiento en el mundo real o comportamiento en el mundo real**, definido como lo que la persona hace en la vida real (Best et al., 2014; Sabbag et al., 2011).

- **La capacidad funcional** se puede evaluar utilizando medidas basadas en el desempeño que es donde la persona demuestra la capacidad de realizar tareas cotidianas del mundo real en un entorno neutral, como podría ser un entorno hospitalario.
- **El comportamiento del mundo real** puede ser evaluado a través de las calificaciones del desempeño real de las actividades en el mundo real, verificadas por un tercero (Best et al., 2014).

Aunque se ha demostrado que la capacidad funcional predice el funcionamiento en el mundo real (Bowie et al., 2006) muchos otros factores influyen en el comportamiento en la vida cotidiana y por tanto, explican la discrepancia entre la capacidad funcional y el rendimiento real.

### Funcionamiento y Esquizofrenia

El funcionamiento no fue considerado como un factor importante en la evolución de la esquizofrenia hasta 1980, cuando fue incluido de manera explícita como uno de los cinco ejes de la situación clínica del paciente en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM), tercera edición (DSM-III) (APA, 1987).

Este concepto fue retenido en la cuarta edición del DSM (DSM-IV) (Pichot et al., 1995), donde los déficits de este se describen ahora como una de las características definitorias de la esquizofrenia. En la revisión de la cuarta edición (DSM-IV-TR) (APA, 2000), se describen ampliamente los cambios en el funcionamiento en términos de trabajo, relaciones interpersonales y autocuidado.

En la quinta edición del DSM (DSM-V) (APA, 2013) uno de los criterios marcados para evaluar el diagnóstico de esquizofrenia es que, durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o en varios ámbitos principales, ya sea a nivel laboral, de relación interpersonal o del autocuidado estén por debajo del nivel alcanzado antes del inicio de la enfermedad.

El DSM-III describió la esquizofrenia como un trastorno en el que ubicar el objetivo de la recuperación en una perspectiva clínica, comporta llevar la recuperación al inicio de "los niveles de funcionamiento premórbidos" o al inicio del "funcionamiento completo", siendo estos criterios inadecuados para definir la recuperación. Esto es debido a que en la remisión sostenida de los síntomas no se incluyen estos criterios y el término "pleno funcionamiento" es

ambiguo e imposible de medir (Lieberman y Kopelowicz, 2004).

La esquizofrenia debuta en los inicios de la adolescencia o de la edad adulta, ocurriendo antes de que los individuos puedan lograr un funcionamiento social, ocupacional e independiente, lo que supone que lograr esos niveles de funcionamiento premórbido a menudo están por debajo del umbral de lo que se consideraría dentro del rango normal de rendimiento psicosocial para adultos maduros (Lieberman y Kopelowicz, 2005).

Por tanto, la pérdida de funcionamiento constituye una limitación importante para que el individuo puede adaptarse al entorno en el que se encuentra, también puede comportar una disminución de la adherencia al tratamiento, generando un mayor riesgo de descompensación de la patología y consecuentemente una posible hospitalización. De aquí que se lleve a cabo la búsqueda de la recuperación abordando todos los factores que están presentes en las primeras fases del trastorno y que son considerados como rasgos característicos del mismo (Lindenmayer, 2008).

#### Instrumentos de medida del funcionamiento en la esquizofrenia

Las elevadas tasas de deterioro en el ámbito de funcionamiento en las personas diagnosticadas de esquizofrenia han sido documentadas en diferentes estudios (Philip D Harvey et al., 2012; Reed et al., 2020). Sin embargo, la mayoría de los instrumentos disponibles utilizados para evaluarlo se centran en medidas globales de recuperación funcional en vez de en dominios específicos del funcionamiento psicosocial, teniendo importantes limitaciones con respecto a su uso en psiquiatría.

Los inventarios de funcionamiento social son necesarios para medir resultados clínicos, seleccionar los objetivos de la intervención, evaluar la eficacia o efectividad del tratamiento y evaluar programas. Por tanto, es de gran importancia la evaluación de múltiples aspectos del funcionamiento en la investigación en esquizofrenia, así como la selección de instrumentos adecuados (Yager y Ehmann, 2006).

Existen múltiples instrumentos para evaluar el funcionamiento social en la esquizofrenia, entre ellos encontramos escalas y cuestionarios autoinformados. Estos últimos son fáciles de administrar y pueden ser completados tanto por el paciente como los familiares, si bien es cierto que actualmente no existe un acuerdo firme sobre que escala utilizar para tal propósito (Fernández de Larrinoa, 2002).

Las escalas de funcionamiento social más frecuentemente utilizadas en la evaluación de la esquizofrenia en los últimos años son las siguientes (Burns y Patrick, 2007):

- **GAF (Global Assessment of Functioning Scale)**, es una escala muy utilizada en el ámbito clínico de la salud mental, ya que presenta una evaluación multiaxial del funcionamiento global de la persona. Se trata de una escala descriptiva con una puntuación única en la actividad del paciente, compuesta de 10 rangos de funcionamiento. Las puntuaciones de la escala van de 0 a 100, donde 100 indica el funcionamiento superior. Estas puntuaciones se asignan a partir de la entrevista clínica y de la valoración del estado del paciente, evaluando el nivel de funcionamiento en la última semana (Aas, 2010). Se incluyó originalmente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de las enfermedades mentales, tercera edición (DSM-III) y ha sido utilizada en el eje V y en la revisión de la cuarta edición (DSM-IV-TR).
- **SOFAS (Social and Occupational Functioning Assessment Scale)**, esta escala es derivada de la GAF y mide el estado de salud mental, funcionamiento y discapacidad. Fue desarrollada por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) con el fin de superar las limitaciones que planteaba la GAF. Mide el funcionamiento social y ocupacional de manera independiente a la gravedad de los síntomas que presenta el individuo e incluye alteraciones en el funcionamiento debidas tanto a limitaciones físicas como mentales.

Para que el deterioro sea tenido en cuenta, debe ser una consecuencia directa de problemas de salud mental y física; los efectos de la falta de oportunidades y otras limitaciones ambientales no se consideran en la valoración (Rybarczyk, 2011).

- **PSP (Personal and Social Performance)**, esta escala se desarrolló como una continuación a la GAF y a la SOFAS, aportando mayores ventajas que sus antecesoras, definiendo más claramente las preguntas y las áreas funcionales a medir e incluyendo los grados de discapacidad con criterios operativos a la hora de evaluar, hecho que proporciona, buena fiabilidad y brevedad en el pasaje (García-Portilla et al., 2011).

La escala PSP es un instrumento breve de 100 puntos, dividido en 10 intervalos iguales, de manera que una puntuación de 1 a 10 representa falta de autonomía en el funcionamiento básico y una puntuación de 91 a 100 refleja excelente funcionamiento. Por encima de 70 las calificaciones se refieren solo a dificultades leves, de 31 a 70 manifiestan discapacidades de diverso grado, mientras que por debajo de 30 el funcionamiento de la persona es tan bajo que necesita apoyo intensivo o supervisión. Las calificaciones se basan en la evaluación de cuatro indicadores objetivos: (a) actividades sociales habituales incluyendo el trabajo y el estudio; (b) relaciones personales y sociales; (c) autocuidado y (d) comportamientos perturbadores y agresivos (Morosini et al., 2000). Estos indicadores se clasifican en una escala de gravedad de seis puntos (de ausente a extremadamente grave), siguiendo definiciones operacionales específicas (Apiquian et al., 2009). Se sugiere tener en cuenta los niveles de funcionamiento en otras áreas (tales como la gestión de la salud física o los niveles de habilidades instrumentales) para ajustar la calificación dentro del intervalo de 10 puntos (por ejemplo, de 31 a 40) (Morosini et al., 2000).

Los dominios de funcionamiento evaluados por la escala PSP capturan las distintas fases de la esquizofrenia, por ejemplo, comportamiento agresivo, comportamiento perturbador y el autocuidado son más relevantes para pacientes agudos, mientras que actividades sociales habituales, relaciones personales y sociales se presentan más relevantes para pacientes estables (Burns et al., 2007). La escala tiene que ser cumplimentada por un clínico y los autores desarrollaron una entrevista semiestructurada que ayuda a los clínicos a obtener la información pertinente en cada área.

Por último, hay que señalar que la escala PSP también se ha utilizado en los últimos años con cierta frecuencia en estudios farmacológicos como una medida indirecta de eficacia (Canuso et al., 2010; Marder et al., 2007; Wu et al., 2008) y se ha propuesto como una herramienta útil para la evaluación del funcionamiento social en futuras investigaciones sobre esquizofrenia (Burns et al., 2007).

- **LSP (Life Skills Profile)**, esta escala pretende evaluar el nivel de funcionamiento general e incapacidad de los sujetos con trastornos mentales crónicos (Rosen et al., 1989).

El LSP, en su estudio inicial, se configura como una escala compuesta de 39 ítems organizados en cinco subescalas denominadas «autocuidado», «no- desorden», «contacto social», «comunicación» y «responsabilidad». Cada ítem es valorado según cuatro opciones, de 1 a 4, aumentando en función de la autonomía. Los ítems de la escala están focalizados en aspectos del funcionamiento que afectan a la supervivencia y adaptación del enfermo a la comunidad, sin centrarse excesivamente en detalles muy concretos de conducta sino más bien evaluando constructos más amplios que son relevantes para aquellos clínicos que diseñan y desarrollan programas de rehabilitación psiquiátrica.

Para evitar las variables que distorsionan las escalas de autoinforme

(deseabilidad social, aquiescencia, respuestas defensivas, etc.) y poder evaluar sujetos que sufran trastornos mentales severos, la escala se basa más en la evaluación de conductas observables que en autoinformes. Las instrucciones de la escala especifican que la valoración de cada ítem debe hacer referencia al funcionamiento del paciente no en un momento de crisis, sino teniendo en cuenta el funcionamiento general del mismo en los seis meses previos.

La escala tiene que ser cumplimentada por una persona que conoce al paciente: familiares, profesionales de la salud mental y cuidadores no especializados. De este modo, la escala puede ser cumplimentada por evaluadores tanto profesionales como no profesionales, de manera que los ítems y la puntuación de los mismos están libres de jerga técnica y están expresados sencillamente, para evitar emitir valoraciones peyorativas. Por lo tanto, es un instrumento breve y de fácil administración sin requerimiento de personal especializado o específicamente entrenado para su utilización. Esta escala no está diseñada para evaluar únicamente las conductas del paciente diagnosticado de esquizofrenia, por lo que su uso puede ampliarse a otros grupos de trastornos mentales de evolución crónica.

Todos estos instrumentos enumerados anteriormente, miden el funcionamiento social y sus características más relevantes (Tabla 1).

Tabla 1. Escalas específicas de funcionamiento en esquizofrenia

Medida	Formato y Administración	Dominios evaluados	Propiedades Psicométricas y Limitaciones
Inventarios Multidimensionales			
Global Assessment of Functioning (A.P.A., 1987)	Escala de calificación Informante: Clínico 10 rangos de funcionamiento 5-15 minutos	Funcionamiento general, psicológico, social y ocupacional	Buena fiabilidad inter-evaluadores y validez (Burlingame et al., 2005; Mausbach et al., 2009; Startup et al., 2002).
Social and Occupational Functioning Assessment Scale (A.P.A., 2000)	Escala de calificación Informante: Clínico 10 rangos de funcionamiento 5-15 minutos	Funcionamiento social y ocupacional, sin influencia de síntomas psiquiátricos	Fiabilidad inter-evaluadores excelente y buena validez (Hilsenroth et al., 2000), válida como medida de problemas en el funcionamiento social, ocupacional e interpersonal.
Personal and Social Performance (Morosini et al., 2000)	Escala de calificación Informante: Clínico 1-100 puntos., 10 intervalos Pocos minutos, instrumento breve	Actividades socialmente útiles, relaciones personales y sociales, cuidado de sí mismo y comportamientos perturbadores y agresivos	Buena fiabilidad test-retest y alta fiabilidad inter-evaluadores. Alta validez, correlaciona con escala psicopatológica
Life Skills Profile (Rosen et al., 1989)	Escala de calificación Informante: Clínico o familiar 39 ítems 10-15 minutos	Autocuidado, vida autónoma, comportamiento social interpersonal, comportamiento social no-personal, comunicación y contacto social.	Alta consistencia interna; buena fiabilidad inter-examinadores y buena validez concurrente (Bulbena et al., 1992)

**Fuente:** Modificado de Yager, J. A., y Ehmann, T. S. (2006). *Untangling social function and social cognition: a review of concepts and measurement. Psychiatry, 69(1), 52-53.*

Y aunque se han realizado importantes avances en la medición del funcionamiento en la esquizofrenia que mejoran la comprensión del impacto de los déficits funcionales en los pacientes es necesario implementar un instrumento

específico que pueda evaluar las diferentes áreas de funcionamiento, por lo que para llevar a cabo esta investigación se eligió la escala:

- **FAST (Functioning Assesment Short Test)** (Rosa et al., 2007) que fue desarrollada para realizar una evaluación clínica del deterioro funcional que presentan los pacientes afectados de trastornos mentales. Aunque inicialmente esta escala se diseñó para Trastornos Bipolares, se realizó la validación para población diagnosticada de esquizofrenia, porque se trata de un instrumento sencillo, de fácil aplicación, que requiere poco tiempo de administración (3 a 6 minutos) y cuyo objetivo es la evaluación de las principales dificultades de funcionamiento psicosocial presentes en la población psiquiátrica, pudiendo ser administrada tanto por personal asistencial como por personal clínico.

#### *Descripción de la escala FAST*

Esta escala valora las dificultades objetivas no siendo una escala de calidad de vida, valorando tanto el funcionamiento global como dominios específicos del funcionamiento psicosocial. Entre sus virtudes esta su alta fiabilidad y al poseer 24 ítems permite que pueda ser integrada tanto en la práctica clínica, para valorar el funcionamiento de los individuos con diferentes tratamientos; como en la investigación. También está destinada a la medición continua del funcionamiento de los individuos y detecta cambios mínimos que pueden producir los diferentes tratamientos farmacológicos que den lugar a una mejora o un empeoramiento de los síntomas.

El punto de corte se sitúa en 11 puntos, de este modo las puntuaciones superiores nos muestran la presencia de dificultades que son clínicamente relevantes.

Su marco de referencia temporal es sobre los 15 últimos días y cada ítem de la escala proporciona criterios operativos de puntuación. Incluye 6 áreas de funcionamiento específicas: autonomía, funcionamiento laboral, funcionamiento cognitivo, finanzas, relaciones interpersonales y ocio. Este

último, supone una novedad, ya que a lo largo de la literatura, las áreas más estudiadas han sido, la social, la familiar y la laboral (Rosa et al., 2007).

- **Autonomía** se refiere a la capacidad del paciente para hacer las cosas por sí mismo y tomar sus propias decisiones.
- **Funcionamiento Laboral** incluye la capacidad de trabajar del paciente, rapidez para desempeñar tareas laborales, rendimiento, ocupación laboral y sueldo en función su formación académica.
- **Funcionamiento Cognitivo** se compone por la capacidad de concentración, realización de cálculos mentales, resolución de problemas, aprendizaje y memoria para las nuevas tareas.
- **Finanzas** hace referencia a la gestión del dinero y realización de compras equilibradas.
- **Relaciones Interpersonales** incluye las relaciones de amistad, familiares, participación en actividades sociales, relaciones sexuales y asertividad.
- **Ocio** es la capacidad para practicar deporte/ejercicio físico y mantener aficiones.

## 1.2. Esquizofrenia

La esquizofrenia es un trastorno mental, que compromete nuestro ser y todo aquello que asociamos con él: nuestra individualidad, nuestra privacidad, nuestra esencia e identidad. No es un proceso que se sufra de manera puntual, sino una condición que abarca la totalidad de la existencia del individuo, comportándole un deterioro funcional, constante y definido (Colodrón, 2002). La evolución natural de la esquizofrenia es la cronicidad (Tandon et al., 2013) y el deterioro progresivo de las funciones mentales superiores (Barrera, 2006).

Durante la primera mitad del siglo XX el tratamiento para los pacientes diagnosticados de esquizofrenia se llevaba a cabo mediante la reclusión en instituciones alejadas de la comunidad. Actualmente no se concibe una intervención destinada a estas personas sin la integración social y comunitaria, haciendo uso de los múltiples recursos asistenciales disponibles.

En la década de los 80, se inician nuevas líneas de investigación destinadas al conocimiento de la fase inicial de la enfermedad, con la visión prospectiva de comprender y determinar los factores que se barajan en la evolución clínica de ella.

Desde entonces la investigación ha realizado grandes avances y ha llegado a la conclusión de que es necesario consolidar un cambio cualitativo importante de la visión de los trastornos psiquiátricos en general y de la esquizofrenia en particular. Evidenciando que un porcentaje muy elevado de pacientes que reciben una intervención durante su primer episodio consigue una remisión completa de los síntomas y puede recuperar un buen nivel de funcionamiento en su vida diaria (Ibáñez, 2018; Valle, 2020).

### Evolución histórica y estado actual

La aparición del término esquizofrenia se remonta a los años centrales del siglo XIX, concretamente en el año 1852, cuando Benedict Augustin Morel, presento algunos casos de adultos jóvenes a los que diagnosticó por presentar una

marcada estereotipia de actitudes, gestos y lenguaje, acompañados de un negativismo que evolucionaba de manera rápida, hacia una pérdida de facultades mentales y en definitiva hacia la demencia (McNally, 2013).

Pero en la historia moderna el concepto esquizofrenia tiene su punto de partida en la descripción de la llamada “Dementia praecox” definida por el psiquiatra alemán Emil Kraepelin. Este se esforzó en matizar y describir la sintomatología más visible, sus correlaciones y sus variaciones evolutivas. Precizando las tres formas clínicas que se hicieron clásicas (la hebefrenia, la catatonía y la demencia paranoide), siendo estas independientes entre sí, pero con un denominador común, que consistía en un marcado debilitamiento mental, que acababa comportando la denominada demencia (Kraepelin, 1919).

Posterior a Kraepelin, encontramos el concepto de la esquizofrenia tal y como lo conocemos hoy en día, estando definida como un trastorno mental que tiene una sección que está basada en las bases biológicas de la persona y otra que va más ligada a lo ambiental, conformando la esencia que ha rodeado al individuo a lo largo de su vida. Además de ello, hoy en día sabemos que es una enfermedad que afecta a la persona en todos los ámbitos de su vida, de ahí la importancia de tratar e investigar este trastorno para hacer que interfiera lo menos posible en la vida diaria de las personas que la padecen.

La esquizofrenia recibe su nombre tal y como hoy la conocemos gracias a Eugen Bleuler, quien en 1911 acuñó este término para definir a los pacientes que antiguamente eran definidos como “endemoniados”. Esto supuso una enorme conmoción en la psicopatología de la época, ya que no se trató de una variación en la terminología (sustituir “Dementia praecox” por “Schizophrenie”) sino de aportar una nueva mirada de la locura, evidenciando una visión menos trágica de las consecuencias de la patología. Bleuler, al denominarla esquizofrenia, la contextualizó como una enfermedad, explicando en qué consistía, hecho que comportó que se iniciaran estudios de investigación sobre la sintomatología que esta presentaba, pudiéndose así clasificar de una manera más precisa (Bleuler,

2010).

Para superar el problema de la diversidad de conceptos, algunas escuelas psiquiátricas trataron de definir la esquizofrenia en términos puramente sintomatológicos. Unos de estos enfoques fue el de Kurt Schneider que, en el año 1959, en su libro sobre psicopatología clínica, lo expuso de forma muy concisa y pragmática. Hizo hincapié en que había escogido los síntomas según su peso diagnóstico, sobre todo el tipológico diferencial. Intentando superar la diversidad de conceptos, definiendo a la esquizofrenia en términos puramente sintomatológicos y reconociendo que la esquizofrenia es un trastorno de las asociaciones, sin discrepar abiertamente de Bleuler, que consideraba que era difícil establecer un diagnóstico según sus criterios (Schneider, 1980).

Los síntomas que Schneider clasificó, son síntomas que pueden presentar los pacientes tales como el pensamiento sonoro, la audición de voces en forma de dialogo, la audición de voces comentadoras de la actividad, las vivencias de influencia corporal, el robo y la difusión del pensamiento, la percepción delirante y todo lo fabricado por otro en el campo de la voluntad, impulsos y sensación. Estos síntomas que corresponden a los más obvios, aparentes y fáciles de identificar, se han utilizado para definir la esquizofrenia con criterios operativos y son en la actualidad los más aceptados (Parra, 2007).

Finalmente, En 1980 apareció el DSM-III (American Psychiatric Association, 1987), cuyos criterios diagnósticos para la esquizofrenia representan la convergencia entre los criterios de Kraepelin, Bleuler y Schneider (Wilson, 1993). Estos criterios se han ido revisando y en la actualidad están en la clasificación del DSM-V.

### Epidemiología

Se considera que **la prevalencia** de los trastornos psicóticos en la población general es de aproximadamente el 3% (Arango et al., 2017).

Su **incidencia** varía en función de la edad, sexo, etnia y localización, así como

de otras variables ambientales y socioculturales. En un reciente estudio realizado en 6 países diferentes entre ellos España, se confirmó que los grupos étnicos/raciales minoritarios, así como las personas jóvenes, particularmente hombres, presentan un mayor riesgo de desarrollar un primer episodio psicótico. De hecho, según este estudio la enfermedad debuta antes de los 35 años, aproximadamente en un 68% de los hombres y en el 51% de las mujeres (Jongsma et al., 2018).

La esquizofrenia, por tanto, tiene un gran impacto tanto en las personas afectadas, así como en sus familias y en la sociedad. En España, es responsable del 0.94% de todos los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), del 1.78% de todos los años vividos con discapacidad (AVDP) y del 1.1% del gasto nacional de salud (Charrier et al., 2013).

Se ha considerado tradicionalmente, que cuando el trastorno se inicia en una edad temprana, éste tiene un peor pronóstico. Esto se relaciona también con el género ya que cuando se produce en varones, estos tienen una edad más temprana, un peor ajuste premórbido del trastorno, un menor rendimiento académico, una mayor sintomatología negativa y un mayor deterioro cognitivo. Mientras que en las mujeres estas tienen un inicio relativamente tardío, con síntomas más afectivos (Li et al., 2016).

Pero su **desarrollo y curso**, no se pueden predecir de manera fiable. El curso parece ser favorable en un 20% de los sujetos que padecen el trastorno y un pequeño número de individuos se recupera por completo (American Psychiatric Association, 2013).

### Etiología

En los inicios del siglo XX, se consideraba que la naturaleza de la esquizofrenia era un trastorno cerebral. Posteriormente, a la Segunda Guerra Mundial, con el auge de las teorías psicoanalíticas se desplazó el interés de las bases genéticas y neurobiológicas hacia las alteraciones de las relaciones familiares y los factores psicosociales estresantes e incluso en la década de los 60, se consideró como “una respuesta sana a un mundo enfermo” (Strömgren, 1994).

Pero quizás la pregunta que se ha de formular es si podemos explicar la esquizofrenia únicamente por factores genéticos y si los factores ambientales la justifican en mayor o menor grado o si tal vez existe una interacción entre ambos.

**A nivel genético**, encontramos estudios que demuestran que los familiares de primer grado presentan un riesgo de padecer el trastorno 10 veces mayor que la población normal, pero no diferencian entre los factores genéticos y ambientales (Vogel, 1991).

*Tabla 2. Factores genéticos que influyen en la esquizofrenia*

Grado de parentesco con el individuo diagnosticado de esquizofrenia	Riesgo a lo largo de la vida
<b>POBLACIÓN GENERAL</b>	1%
<b>FAMILIARES DE PRIMER GRADO</b>	
Gemelos monocigóticos	40-48%
Gemelos di cigoto	10-17%
Hermanos	9%
Progenitor	6-13%
Hijo	13%
<b>FAMILIARES DE SEGUNDO GRADO</b>	
Tío/a	2%
Sobrino/a	4%
Nieto/a	5%
<b>FAMILIARES DE TERCER GRADO</b>	
Primo/a	2%

**Fuente:** Adaptado de Gottesman, I. I. (1991). Schizophrenia genesis: The origins of madness. WH Freeman/Times Books/Henry Holt & Co.

**Los factores ambientales** juegan un papel significativo en el desarrollo

del trastorno. Entre ellos encontramos factores relacionados con el desarrollo prenatal del sistema nervioso central, complicaciones obstétricas perinatales, acontecimientos traumáticos tempranos en la infancia, estresantes psicosociales, exposición a drogas en la etapa de la adolescencia, etc. (Davis et al., 2016) (Tabla 3).

Tabla 3. Factores ambientales que influyen en la esquizofrenia

PRENATAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecciones maternas (rubeola, toxoplasma, etc.)</li> <li>• Déficits nutricionales</li> <li>• Acontecimientos vitales adversos a la madre</li> <li>• Edad del padre superior a 35 años</li> </ul>
PERINATAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Complicaciones obstétricas</li> <li>• Sufrimiento fetal</li> <li>• Nacimiento en meses de invierno</li> </ul>
INFANCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencias vitales</li> <li>• Traumatismo craneo encefálico</li> <li>• Separación de los progenitores</li> <li>• Fallecimiento de un progenitor</li> <li>• Migración</li> <li>• Vivir en el medio urbano</li> </ul>
ADOLESCENCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo de sustancias tóxicas</li> <li>• Acontecimientos vitales estresantes</li> <li>• Situaciones sociales adversas</li> </ul>

**Fuente:** Adaptado de Davis, J., Eyre, H., Jacka, F. N., Dodd, S., Dean, O., Mcewen, S., Berk, M. (2016). A review of vulnerability and risks for schizophrenia: Beyond the two-hit hypothesis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 65, 185-194

Las personas que padecen esquizofrenia tienen elevadas **tasas de comorbilidad** con problemas físicos de salud, ya que prevalecen conductas poco saludables y de alto riesgo, como el hábito tabáquico, el abuso de sustancias, la inactividad, la falta de ejercicio y una dieta inadecuada (S Brown et al., 1999).

El escaso compromiso que presentan las personas con diagnóstico de esquizofrenia para llevar a cabo conductas dirigidas a mejorar la salud aumenta el riesgo de padecer enfermedades crónicas (diabetes, colesterol, hipertensión, entre otras) así como, tasas elevadas de fallecimientos por consumo de tabaco ya que éste provoca enfermedades respiratorias, isquémicas y cardíacas,

comportando un estilo de vida inapropiado (Steve Brown et al., 2000).

La relación entre la tasa de suicidio y esquizofrenia, suele ser elevada en los primeros años de la enfermedad, entre un 5% y un 15% (Hor y Taylor, 2010) y parece estar relacionada fundamentalmente con los episodios de depresión (Buchanan y Carpenter, 1994). La falta de esperanza, haber realizado tentativas previas, la falta de adherencia al tratamiento, las recaídas previas, la vivencia de un acontecimiento vital doloroso, pueden ser factores predictivos importantes para el riesgo de suicidio en la esquizofrenia (Schwartz, 2000).

### Sistemas de clasificación de la esquizofrenia

En el último siglo, la forma en la que se han descrito los signos y síntomas de la esquizofrenia ha experimentado muchos cambios en su manifestación fenomenológica. De hecho, se han propuesto varios modelos clínicos: el histórico mediante las teorías de (Schneider, Bleuler y Kraepelin), el modelo positivo/negativo, modelos multidimensionales y modelos teóricos clasificatorios (Ayuso-Mateos et al., 2006).

A nivel internacional la comunidad científica, define la esquizofrenia a partir de dos sistemas de clasificación:

- **La CIE** (Clasificación Internacional de Enfermedades) (Ramos Martín-Vegue et al., 2002), fue elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948. Su propósito es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación, la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas, en diferentes épocas. Se utiliza para convertir los términos diagnósticos y otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información. Aunque se trata de un sistema de clasificación de enfermedades tiene un capítulo específico para la salud mental y el comportamiento. La labor iniciada en 1948 ha continuado hasta la actual

undécima revisión (CIE-11) («WHO | ICD-11 Revision», 2019) introduciendo innovaciones que se han producido después de los resultados de las investigaciones científicas promulgadas por organizaciones diversas, pero esta última revisión tiene establecida su entrada en vigor el 1 de enero de 2022, por lo que en el presente trabajo nos regiremos por los criterios diagnósticos del CIE-10 (Tabla 4).

Tabla 4. Criterios diagnósticos CIE 10 Esquizofrenia

Criterios diagnósticos CIE 10 Esquizofrenia
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Al menos 1 de los siguientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento.</li> <li>○ Ideas delirantes de ser controlado, percepciones delirantes.</li> <li>○ Alucinaciones auditivas en tercera persona, comentadoras de la actividad.</li> <li>○ Ideas delirantes persistentes imposibles (capacidades especiales...).</li> </ul> </li> <li>• Al menos 2 de los siguientes:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alucinaciones persistentes en cualquier modalidad +/- ideas delirantes o sobrevaloradas.</li> <li>○ Trastornos del pensamiento (neologismos, bloqueos, incoherencia, lenguaje circunstancial)</li> <li>○ Conducta catatónica (excitación, posturas, flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor)</li> </ul> </li> <li>• A o B durante 1 mes.</li> <li>• Excluyendo causa orgánica, consumo de tóxicos o cuadro afectivo</li> </ul>

**Fuente:** CIE 10. Clasificación internacional de enfermedades: 10 revisión: modificación clínica(2018). Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social

- **El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)**, donde el concepto de esquizofrenia ha evolucionado a lo largo de las diferentes ediciones (DSM-I, DSM-II, DSM-III, DSM-III-R, DSM-V y DSM-IV-TR). No obstante, los tres pilares conceptuales sobre los que se ha construido el concepto se han mantenido en todas las definiciones. El primero de ellos es la visión de Kraepelin que incide en la alteración de la voluntad, la cronicidad y el mal pronóstico. El segundo recoge el punto de vista de Bleuler, quien enfatiza en las escisiones como un elemento

fundamental y en los síntomas negativos. Y por último se añade la perspectiva de Schneider sobre la distorsión de la realidad y los síntomas positivos (Tandon et al., 2013).

En los primeros manuales DSM-I y DSM-II, se subraya el acento Bleueriano, donde se pone de manifiesto los síntomas negativos y las dificultades en las relaciones interpersonales. Este hecho comporto discrepancias al generar el diagnóstico entre Estados Unidos e Inglaterra y Europa (Kendell et al., 1968).

Estas discrepancias ocasionaron, que en el DSM-III, se introdujera en la definición el criterio de cronicidad y el déficit funcional y se resaltaran los síntomas de primer rango de Schneider, para así definir un trastorno que fuera más homogéneo.

Desde el DSM-III al DSM-IV, no ha habido grandes cambios en los criterios de esquizofrenia y únicamente se produjo la eliminación del requisito de que el inicio se produzca antes de los 45 años y la inclusión de síntomas negativos.

En el DSM-IV, el concepto ha sido clínicamente útil desde el punto de vista de validez y fiabilidad. La validez se fundamenta en los antecedentes, como podrían ser los factores de riesgo ambientales, la respuesta al tratamiento y el curso de la enfermedad, entre otros (Korver-Nieberg et al., 2011). También se indica que la estabilidad diagnóstica es muy elevada: del 80 al 90% de las personas que reciben el diagnóstico de manera inicial, lo mantienen al finalizar la primera década (Bromet et al., 2011).

En el año 2013, se publicó el DSM-V (APA, 2013) En él, se producen cambios modestos propuestos principalmente con el propósito de simplificar e incorporar nueva información sobre la naturaleza del

trastorno, pero se mantiene el núcleo de los criterios de diagnóstico del DSM-IV. En la última edición (DSM-V) la esquizofrenia se recoge en la categoría diagnóstica titulada “Trastornos del Espectro Esquizofrénico y otros trastornos psicóticos” (Tabla 5).

Tabla 5. Criterios diagnósticos que se muestran en el DSM-V

Criterios diagnósticos que se muestran en el DSM-V Trastornos del Espectro Esquizofrénico y otros trastornos psicóticos	
<b>A. Síntomas Característicos</b>	<p>Presentar dos (o más) de los síntomas siguientes, y cada uno de ellos ha de estar presente durante una parte significativa de tiempo, al menos durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). De estos síntomas al menos uno de ellos ha de estar presente (1), (2) o (3):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Delirios.</li> <li>• Alucinaciones.</li> <li>• Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).</li> <li>• Comportamiento muy desorganizado o catatónico. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).</li> </ul>
<b>B. Disfunción Social/Laboral</b>	<p>Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, debe estar muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).</p>
<b>C. Duración</b>	<p>Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).</p>
<b>D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo</b>	<p>Se ha descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.</p>
<b>E. Exclusión de sustancias y enfermedades médicas</b>	<p>El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.</p>
<b>F. Relación con el trastorno general del desarrollo o trastorno del espectro autista</b>	<p>Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).</p>

**Fuente:** Asociación Americana de Psiquiatría. (2014) DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Masso.

Dado que en la institución donde se ha recogido la muestra, los diagnósticos se rigen por el DSM-IV, planteamos nuestra investigación con esta clasificación.

Como hemos referido anteriormente las diferencias existentes entre el DSM-IV y el DSM-V son mínimas:

- En lo que respecta al **criterio A**, se aumenta a dos los síntomas del Criterio A que el paciente debe manifestar para que se pueda establecer el diagnóstico de esquizofrenia y además uno de estos síntomas debe ser uno de los primeros tres que se enumeran: delirios, alucinaciones y discurso desorganizado (Rus-Calafell y Lemos-Giraldez, 2014).  
Se eliminan los subtipos y ese trato “especial” que recibían los síntomas de primer rango de Schneider. El impacto de este cambio en la práctica clínica es limitado debido a que menos del 2% de la esquizofrenia del DSM-IV cumplía el criterio A exclusivamente en virtud de un solo síntoma de primer orden (Tandon et al., 2013), mientras que la eliminación de los subtipos de la esquizofrenia representa una desviación importante de una tradición de cien años. Esto último, tiene un impacto clínico mínimo excepto en los subtipos paranoide e indiferenciada, ya que los otros subtipos rara vez se utilizan en los sistemas de salud mental más comunes en todo el mundo (Keshavan, 2013).
- En lo que respecta al **criterio F**, que hace referencia a la adición del diagnóstico de esquizofrenia, en caso de historia clínica de autismo o trastorno del generalizado del desarrollo solo si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito), se ha incluido también “cualquier trastorno de la comunicación de inicio en la infancia” como condición previa a la realización del diagnóstico.

### Tipos de esquizofrenia

Los tipos de esquizofrenia están definidos por los síntomas que predominan en

la evaluación del paciente y es frecuente que el cuadro incluya síntomas que son característicos de más de un subtipo. Si bien las implicaciones pronósticas y terapéuticas de los subtipos son variables, los tipos paranoide y desorganizado tienden a ser respectivamente, los de menor y mayor gravedad. El diagnóstico de un subtipo en particular está basado en el cuadro clínico que ha motivado la evaluación o el ingreso más recientes y por tanto, puede cambiar con el tiempo. Por esta falta de especificidad, en la última actualización del DSM-V se han suprimido estos subtipos. No obstante, a continuación, se describen las características que más definían a estos subtipos:

- **Esquizofrenia paranoide:** La característica principal del tipo paranoide consiste en la presencia de ideas delirantes y alucinaciones auditivas sin alteraciones en la afectividad, en el lenguaje y sin mostrar un comportamiento catatónico asociado. Fundamentalmente, las ideas delirantes son de persecución, de perjuicio o ambas, pero también puede presentarse ideas delirantes con otra temática, aunque suelen estar organizadas alrededor de un tema coherente. También es habitual que las alucinaciones estén relacionadas con el contenido de la temática delirante. Los síntomas asociados incluyen ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. El inicio tiende a ser más tardío que en otros tipos de esquizofrenia y las características distintivas pueden ser más estables en el tiempo.
- **Esquizofrenia desorganizada:** Las características principales del tipo desorganizado son el lenguaje y el comportamiento desorganizado y unas alteraciones en las emociones marcadas. Puede haber ideas delirantes y alucinaciones, pero no suelen estar organizadas en torno a un tema coherente. Las características asociadas incluyen muecas, manierismos y otras rarezas del comportamiento. Habitualmente, este subtipo está asociado a un inicio temprano y a un curso continuo. Históricamente, y en otros

sistemas clasificatorios, este tipo se denomina hebefrénico.

- **Esquizofrenia catatónica:** La característica principal del tipo catatónico es una marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad, actividad motora excesiva, negativismo extremo, mutismo o peculiaridades del movimiento voluntario. Aparentemente, la actividad motora excesiva carece de propósito y no está influida por estímulos externos. Puede existir desde el mantenimiento de una postura rígida en contra de cualquier intento de ser movido hasta una adopción de posturas raras o inapropiadas. Para diagnosticar este subtipo, el cuadro debe cumplir en primer lugar todos los criterios para la esquizofrenia y no ser más explicable por otras causas u enfermedades.
- **Esquizofrenia residual:** El tipo residual debe utilizarse cuando ha habido al menos un episodio de esquizofrenia, pero en el cuadro clínico actual no es acusada la existencia de ideas delirantes, alucinaciones, comportamiento o un lenguaje desorganizado, sobresaliendo principalmente los síntomas negativos (aislamiento emocional, social, pobreza del lenguaje, falta de interés, etc.).
- **Esquizofrenia indiferenciada:** cuando la patología no reúne los criterios de los subtipos anteriores o presenta varios de ellos se le llama indiferenciada.
- **Esquizofrenia simple:** la esquizofrenia simple constituye uno de los subtipos de la esquizofrenia donde los síntomas positivos (delirios y alucinaciones) son mínimos destacando otras alteraciones. Ha sido un diagnóstico que ha estado envuelto en controversias por lo que en la última edición del manual diagnóstico de trastornos mentales (DSM-V) se ha suprimido. Se caracteriza por un deterioro insidioso de las funciones mentales y del afecto emocional (inhibición psicomotriz, falta de actividad, embotamiento afectivo, pasividad y falta de iniciativa, empobrecimiento de

la calidad o contenido del lenguaje, comunicación no verbal empobrecida, deterioro del aseo personal y del comportamiento social...) durante más de un año, pero sin los síntomas positivos propios de la psicosis. Todos estos posibles síntomas suponen un empeoramiento significativo en el funcionamiento de la actividad laboral o académica y alteraciones en las relaciones personales.

### Tratamiento

Existen múltiples razones a lo largo de la literatura que resaltan la importancia de brindar a las personas diagnosticadas de esquizofrenia un tratamiento integral en el que se incluyan intervenciones de todo tipo. Evidentemente, el método más común de tratar la esquizofrenia es el tratamiento farmacológico, combinado en mayor o menor grado con intervenciones psicosociales que brindan un mayor apoyo individual, familiar y social, con el fin de mejorar la adherencia a la medicación, disminuyendo los síntomas y previniendo las recaídas y las hospitalizaciones para conseguir una mejora en su funcionamiento global.

Cuando en 1919 Emil Kraepelin describió por primera vez el concepto de esquizofrenia, afirmó que "el tratamiento de la demencia praecox ofrecía algunos puntos de intervención". Hasta la introducción de los antipsicóticos en la práctica clínica 50 años después, el tratamiento estándar para la esquizofrenia consistió en proporcionar a los pacientes un entorno seguro y de apoyo en forma de una larga estancia en un hospital psiquiátrico, con la esperanza de poder alcanzar la remisión de la sintomatología.

Pero, lo que provocó la revolución en la farmacoterapia de la esquizofrenia fue la introducción de la primera medicación antipsicótica (Alanen, 2003). Los medicamentos antipsicóticos se convirtieron por tanto en el puntal, de los tratamientos farmacológicos para la esquizofrenia.

Pero, es importante destacar que existen otro tipo de terapias individuales o grupales, en las que se dan pautas para el manejo y cumplimiento tanto de la enfermedad como del tratamiento en sí mismo. De aquí que la rehabilitación psicosocial, juntamente con el tratamiento farmacológico es el método

combinado más efectivo para evitar las recaídas de la enfermedad y de este modo evitar los ingresos hospitalarios, mejorando las situaciones globales de las personas que están diagnosticadas de esquizofrenia (Dixon et al., 2010).

### 1.3. Salud Mental Positiva

#### Concepto y evolución

En la actualidad, la salud mental constituye un elemento importante en el estado de la salud y del bienestar general. Por tanto, tener una buena salud mental contribuye al buen funcionamiento de las personas, las familias y la sociedad. Pero el concepto de salud mental varía en función del tiempo, lugar, cultura y contexto (Pilgrim y Rogers, 2005).

El concepto de Salud Mental Positiva (SMP) como tal, apareció en la literatura con el trabajo realizado por Marie Jahoda en 1958, cuando recibe el encargo de la Joint Commission on Mental Illness and Health (Comisión Conjunta sobre la Enfermedad y la Salud Mental) para preparar un informe sobre el estado de la salud mental (Jahoda, 1958).

En el año 2004, la Organización Mundial de la Salud, OMS identifica una serie de enfoques utilizados en la comprensión de lo que se denomina “salud mental positiva” (SMP) y los reconoce como esfuerzos necesarios en la construcción de una mirada de la salud mental que se aleja de los modelos biomédico y comportamental (OMS, 2004) y en los que se tienen en cuenta aspectos vinculados con el bienestar.

Entre ellos se encuentran:

- La **percepción subjetiva de bienestar** en la que se incluirían:
  - *El modelo de bienestar subjetivo*. Qué destacaría dos elementos principales, el balance afectivo (que obtendríamos al restar las emociones positivas a las emociones negativas) y la satisfacción vital percibida, donde se relaciona el bienestar con la buena vida y con la felicidad en general. Se define como subjetivo, ya que la visión de bienestar es personal (Diener, 2000).

- *El modelo de bienestar psicológico.* Donde encontraríamos el funcionamiento óptimo personal, que está compuesto por seis aspectos: una actitud positiva hacia ti mismo (la auto-aceptación), el sentimiento de desarrollo y las ganas de mantenerlo constante (el crecimiento personal), tener un propósito y orientación en la vida (propósito vital), ser capaz de manejar entornos complejos (dominio), tener relaciones satisfactorias e íntimas incluyendo habilidades de relación interpersonales y poder de tomar las propias decisiones de manera independiente (autonomía) (Ryff, 2016).
- *El modelo de bienestar social o Salud Social.* Es el nivel óptimo de funcionamiento social de una sociedad e individuo. Está compuesto por cinco dimensiones: la buena relación con la sociedad y comunidad (la integración social), la capacidad de aceptar a los demás como lo que son, desde una visión positiva (aceptación/tolerancia), tener la creencia de ser capaz de lograr cumplir metas en beneficio para la sociedad (social contribución), creer que la sociedad tiene potencial para cambios positivos (actualización social) y visión lógica y comprensible del mundo social y la interacción social (la coherencia social) (Lee y Keyes, 1998).
- *El modelo salutogénico,* que estudia la dimensión positiva de la personalidad y se centra en aspectos que generan salud. El concepto de salud mental se encuentra separado y a su vez relacionado con el bienestar (Casullo et al., 2001).
- *Los planteamientos de George Vaillant,* donde identificó siete maneras utilizadas por diversos clínicos en la conceptualización y determinación de SMP (Vaillant, 2012).

- **La psicología positiva**, fue un término desarrollado por George Seligman. Este sugirió que la psicología positiva se podía agrupar en tres grandes bloques. El estudio de las emociones positivas, el estudio de los rasgos positivos y el estudio de las organizaciones positivas. Las emociones positivas pueden centrarse en el futuro, presente o pasado. Respecto al futuro, están el optimismo, la esperanza, la fe y la confianza; las relacionadas con el presente son la alegría, la tranquilidad, el entusiasmo la euforia, el placer y la más importante la llamada experiencia óptima, que incluye la felicidad, la competencia percibida y el interés intrínseco por la actividad realizada (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).
- **El modelo de salud mental positiva de Jahoda**, (Jahoda, 1958).
- **El modelo multifactorial de Lluch**, (Lluch-Canut, 1999).

De los diferentes modelos planteados, en esta investigación nos centraremos en el modelo multifactorial de Lluch, pero antes se realizará una descripción del modelo de Jahoda dado que Lluch se basa en los planteamientos conceptuales de dicho modelo.

A nivel del estado español, existen diferentes comunidades autónomas que incluyen en sus políticas de salud a través de sus planes directores, el fomento de la SMP (Generalitat de Catalunya, 2012; Parlamento Europeo. Comisión de Medio Ambiente, 2006). Aunque el interés sobre el lado positivo de la Salud mental va en aumento, los modelos conceptuales emergentes reconocen la necesidad de que se especifiquen unos indicadores comunes que la valoren del mismo modo.

#### **Modelo de Salud Mental Positiva de Jahoda**

El modelo de Jahoda se centra en la salud mental del individuo, asumiendo la necesidad de tener en cuenta aspectos de salud física y aspectos sociales. En cualquier caso, la autora plantea que tener una buena salud física es una condición necesaria, aunque no suficiente para tener una buena salud mental.

Para ella, las personas son felices si lo que ellos esperan de la vida está en armonía con lo que la vida les ofrece, pero especifica que este criterio solo será útil cuando el bienestar implica una predisposición o una cualidad de la persona y no un estado emocional que depende de determinadas circunstancias (Jahoda, 1958). Su trabajo, está vinculado a los inicios del modelo comunitario de intervención y pretende promover la salud mental y no solo la prevención de esta.

Por tanto, uno de los aspectos interesantes de su modelo es la exposición de una serie de criterios que podrían caracterizar un estado de SMP, desde el aspecto multidimensional. Estos criterios serían aplicables tanto a personas sanas, como a personas con patología. En definitiva, su propuesta intenta responder a la pregunta crítica de cuáles son los componentes de la SMP. Para ello, formulo seis factores generales y dieciséis específicos que podían explicar el constructo, describiéndolos a nivel teórico, pero no realizando ninguna investigación para comprobar su validez empírica (Tabla 6).

*F1- Actitudes hacia uno mismo.* Este concepto hace referencia a la importancia de la autopercepción y el auto concepto que se produce con el actuar diario. Se compone de subdominios: accesibilidad del yo a la conciencia, concordancia yo real con el yo ideal, autoestima y sentido de identidad.

*F2- Crecimiento y Auto actualización.* Este concepto habla del sentido de vida y si se actúa en coherencia con este. Incluye los subdominios de auto actualización como fuerza motivacional por el desarrollo de las potencialidades humanas y la implicación en la vida, como el empuje a participar en el desarrollo y cuidado de la propia vida y de la de los demás.

*F3-Integración.* Hace referencia a la capacidad de poder incluir en la vida todas aquellas experiencias que suceden, tanto positivas como negativas; así como la capacidad para poder aceptar en integridad. Depende del equilibrio psíquico del individuo, su filosofía personal y la

resistencia para afrontar el estrés.

*F4-Autonomía.* Da cuenta de cómo el individuo establece relaciones con el mundo que le rodea y con sus semejantes, así como las decisiones incluyen a otras personas. Es sinónimo de independencia y autodeterminación.

*F5-Percepción de la realidad.* Este criterio implica la capacidad para percibir adecuadamente la realidad, poder dar cuenta de las circunstancias de manera objetiva evitando en lo posible hacer juicios. También implica la capacidad para desarrollar empatía frente a las vivencias de los demás.

*F6- Dominio del entorno.* Este aspecto, está vinculado a dos temas fundamentales como son el éxito (que hace énfasis en el logro y alcanzar los resultados) y la adaptación (que hace referencia al proceso para llegar a la meta).

Tabla 6. Factores generales y específicos de la SMP

FACTORES GENERALES	FACTORES ESPECÍFICOS
F1: Actitudes hacia ti mismo	• Accesibilidad del yo a la conciencia
	• Concordancia yo real-yo ideal
	• Autoestima
	• Sentido de identidad
F2: Crecimiento y auto actualización	• Motivación por la vida
	• Implicación en la vida
F3: Integración	• Resistencia al estrés
F4: Autonomía	• Conducta independiente
F5: Percepción de la realidad	• Percepción objetiva
	• Empatía o sensibilidad social
F6: Dominio del entorno	• Satisfacción sexual
	• Adecuación en el amor, el trabajo y el tiempo libre
	• Adecuación en las relaciones interpersonales
	• Habilidad para satisfacer las demandas del entorno
	• Adaptación y ajuste
	• Resolución de problemas

**Fuente:** Adaptado de LLuch Canut, M.T. (1999) Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva (Tesis doctoral). Barcelona. Universitat de Barcelona, Barcelona.

Jahoda definió la SMP remarcando la importancia desde la promoción de esta, avanzando de este modo a la búsqueda de la positividad personal (Lluch-Canut, 1999). Su aportación fue teórica y está ampliamente referenciado, pero no realizó investigaciones posteriores que verificaran su validez empírica.

#### Modelo Multifactorial de SMP de Lluch

En el año 1999, Lluch adaptó y evaluó el Modelo de Salud Mental de Jahoda. El modelo multifactorial de SMP que plantea, considera que existe una estrecha interrelación entre la salud física y la salud mental planteando la salud desde una perspectiva holística. Lluch planteó dos enfoques diferenciados, el concepto y el constructo.

- Como **concepto**, describe los términos de felicidad, satisfacción, optimismo, bienestar y calidad de vida y posteriormente, los conceptos de prevención y promoción (Lluch-Canut, 1999).
- Como **constructo**, lo define a partir de los seis factores que configuran el Modelo Multifactorial de SMP. Los seis factores y la descripción de estos se muestran en la tabla 7. A partir de este modelo la autora configuró un instrumento que permite evaluar el constructo SMP tanto de forma global como por los 6 factores específicos. Estos 6 factores son algo diferentes a los que en sus inicios planteó Jahoda.

Tabla 7. Modelo multifactorial de Lluch

FACTORES	DEFINICIÓN
F1: Satisfacción personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auto concepto/Autoestima</li> <li>• Satisfacción con la vida personal.</li> <li>• Perspectiva optimista de futuro</li> </ul>
F2: Actitud Prosocial	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Predisposición activa hacia lo social/hacia la sociedad.</li> <li>• Actitud social “altruista” /Actitud de ayuda-apoyo hacia los demás.</li> <li>• Aceptación de los demás y de los hechos sociales</li> <li>• diferenciales</li> </ul>
F3: Autocontrol	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad para el afrontamiento del estrés/situaciones conflictivas.</li> <li>• Equilibrio emocional/control emocional.</li> <li>• Tolerancia a la frustración, a la ansiedad y al estrés</li> </ul>
F4: Autonomía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad para tener criterios propios</li> <li>• Independencia</li> <li>• Autorregulación de la propia conducta</li> <li>• Seguridad personal/confianza en sí mismo</li> </ul>
F5: Resolución de problemas y Autoactualización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de análisis.</li> <li>• Habilidad para tomar decisiones.</li> <li>• Flexibilidad/Capacidad para adaptarse a los cambios.</li> <li>• Actitud de Crecimiento y desarrollo personal continuo.</li> </ul>
F6: Habilidades de Relación Interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidad para establecer relaciones interpersonales.</li> <li>• Empatía/capacidad para entender los sentimientos de los demás.</li> <li>• Habilidad para dar apoyo emocional.</li> <li>• Habilidad para establecer y mantener relaciones interpersonales íntimas.</li> </ul>

**Fuente:** Adaptado de Lluch Canut, M. T (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva (Tesis doctoral). Barcelona: Universidad de Barcelona, Barcelona.

### Evaluación de la Salud Mental Positiva

Evaluar la salud mental positiva no resulta fácil, si se considera que el concepto no se basa en un único criterio y pueden existir conceptos afines al mismo. Lluch evaluó empíricamente el modelo conceptual de SMP planteado por Jahoda

y llevó a cabo la construcción de una escala que permitió operativizarlo. La revisión de la literatura actual ratifica la investigación de Lluch (Lluch-Canut, 1999) cuando se identifican seis investigaciones sobre el tema de SMP hasta finales de los años 90. En las cuatro primeras investigaciones (GK y K, 1984; Hightower, 1990; Karson, 1961; Pizarro, 2011) el objetivo era identificar factores o rasgos de personalidad y variables que permitieran explicar por qué las personas poseen una buena salud mental o no enferman y solo las dos últimas explican de manera específica el concepto de SMP (Harris y Brown, 1974; Wright, 1971).

Como hemos podido leer en la evolución del modelo del concepto de salud mental positiva en la primera década del siglo XXI, se produce un desarrollo sobre teorías de bienestar y se suelen utilizar dos modelos para la investigación de la SMP. El primero se denomina bienestar psicológico de Carol Ryff (Ryff, 2016), este modelo sostiene que la SMP consiste en la búsqueda continua de la realización del verdadero potencial de la persona y que salud positiva y salud negativa son dos dimensiones independientes. Afirma que la salud positiva incluye los componentes físicos y mentales y las relaciones entre estos componentes, por lo que la SMP es un proceso dinámico y multidimensional. Coray Keyes (Keyes et al., 2010), hace referencia al segundo modelo y en este se distinguen tres ámbitos: a) bienestar emocional (afecto positivo alto y afecto negativo bajo, con una elevada satisfacción vital), b) bienestar subjetivo (que incorpora las seis dimensiones propuestas en el modelo de Carol Ryff) y c) bienestar social.

Por tanto, las diferentes investigaciones sobre SMP en estos últimos años, han dado lugar al desarrollo de instrumentos de medida. En esta línea, la realización de una revisión bibliográfica ha evidenciado la ausencia de escalas específicas para la evaluación de la SMP (Lluch-Canut et al., 2013; Puig-Llobet et al., 2007).

Este hecho queda representado en el proyecto de la encuesta de salud europea

(EUROHIS) (World Health Organization y Meltzer, 2003), en el que se opta por utilizar la subescala de energía y vitalidad del SF-36 de *Ware y Sherbourne* (Ware et al., 1992), debido a la falta de instrumentos específicos para evaluar la SMP. En estudios más recientes sobre SMP en la población europea (Eurobarómetro) utilizaron de nuevo esta subescala del cuestionario de Salud General SF-36 (European Commission, 2014; World Health Organization y Meltzer, 2003).

En Estados Unidos, en la realización del estudio MIDUS (Midlife in the United States), cuyo objetivo era evaluar el nivel de salud de la población, teniendo en cuenta aspectos de salud o ausencia de enfermedad como de calidad de vida y bienestar psicológico, tuvieron que utilizar diversas escalas cuya valoración fuera similar, porque no tenían una escala que valorara la SMP.

En Canadá, la Agencia de Salud Pública, desarrolló un marco conceptual para la vigilancia de la SMP y sus especificidades. Definió la SMP como la capacidad que cada uno de nosotros tiene para sentir, pensar y actuar de modo que se puedan fomentar las competencias de las que disponemos para disfrutar la vida y enfrentarnos a los desafíos que nos vamos encontrando a lo largo de esta. (Orpana et al., 2016). Se plantea desde la perspectiva positiva de bienestar emocional y espiritual que respeta la importancia de la cultura, la equidad, la justicia social, las interconexiones y la dignidad personal (Canadian Institute for Health Information, 2009). De esta definición se desprenden cinco factores que pueden ayudar a definir la SMP:

- Posibilidad de disfrutar de la vida.
- Hacer frente a los desafíos de la vida.
- Bienestar emocional.
- Bienestar espiritual.
- Las relaciones sociales y el respeto a la cultura, la equidad, la justicia social y la dignidad personal.

El interés por la SMP también ha sido descubierto en el continente asiático, donde se están llevando a término, diferentes estudios (Jeyagurunathan et al.,

2017; Seow et al., 2016; Vaingankar et al., 2016). Sin embargo, el CSMP continúa siendo un cuestionario pionero para la evaluación de la SMP utilizado en el ámbito de la enfermería y de otras ciencias afines, que esta ayudado a explorar relaciones entre la Salud Mental Positiva (SMP) y la capacidad de autocuidado (Albacar-Riobóo, 2014; Miguel Ruiz, 2014; Sánchez-Ortega et al., 2015) la salud física o la enfermedad mental (Lluch-Canut, et al., 2013; Miguel Ruiz, 2014), la relación entre la SMP y el sentido de coherencia (Mantas Jiménez, 2017). Así mismo, se cuenta con evidencias acerca de índices de salud mental positiva en distintos grupos de población, como en niños (Amar et al., 2008) y adolescentes (Mercado-Salgado et al., 2012).

Por el momento, el CSMP de Lluch ha sido traducido al portugués (Sequeira et al., 2014) y se han realizado diferentes estudios como valorar el nivel de SMP de los estudiantes de enfermería (Sequeira et al., 2019).

En México, se realizó la validación de la escala en niños (Gómez-Acosta et al., 2020), donde obtuvieron una varianza 30.53% y se ha valido en una muestra de adultos (Martinez-Aparicio et al., 2015), reportando una fiabilidad de .862 y una varianza explicada de 43.4%. En Colombia, se ha realizado un estudio exploratorio de las características psicométricas de la escala en jóvenes (Gómez-Acosta et al., 2020).

Del mismo modo se ha diseñado una aplicación para el teléfono móvil que fomente la SMP en cuidadores no profesionales (Lorca-Cabrera et al., 2019).

## 2. Justificación del estudio

Una de las características más destacadas en las personas diagnosticadas de esquizofrenia son las limitaciones que presentan en ámbito del funcionamiento, debido a que éstas les provocan elevados niveles de discapacidad. Esto comporta un elevado coste no solo a nivel personal sino también a nivel social y económico, de aquí que el ámbito clínico se dirija hacia la búsqueda de la recuperación integral de la patología. Esto no incluye únicamente la reducción o la remisión de la sintomatología productiva, sino también alcanzar o promover la recuperación funcional de estas personas, para que de este modo puedan alcanzar una vida digna y significativa en la comunidad, mediante la capacidad de vivir de manera independiente, mantener relaciones sociales y un buen funcionamiento laboral u ocupacional, mejorando su calidad de vida (Davidson et al., 2008).

Por tanto, la valoración del funcionamiento constituye un factor clave para su mantenimiento y un potente predictor de la evolución del trastorno, siendo un objetivo prioritario en muchos de los programas de rehabilitación existentes (Harley et al., 2012). La investigación sobre el funcionamiento en personas diagnosticadas de esquizofrenia se vuelve altamente relevante y puede constituirse como una categoría organizadora y de referencia en el momento de establecer cuidados de enfermería y objetivos terapéuticos.

En la valoración del funcionamiento de la esquizofrenia es frecuente que en el ámbito nacional se utilicen escalas traducidas de otros idiomas, generalmente del inglés, lo que supone que el instrumento debe pasar por un proceso de adaptación, no únicamente de traducción, comportando deficiencias en este proceso, que pueden estar relacionadas con la traducción, la confusión de conceptos e incluso con las propiedades métricas de la escala (Gil-Palmero et al., 2020).

En cuanto a esta especificación la escala FAST es un instrumento que ha sido creado en español, en comparación con otros instrumentos como la escala PSP (Personal and Social Performance) o la escala LSP (Life Skills Profile),

que han sido creados en inglés, de manera que puede resultar difícil asegurar su equivalencia entre los ítems originales y los traducidos.

Por otro lado, el manual sobre la administración del instrumento en cuanto a las escalas anteriormente citadas y concretamente con la escala PSP que es la que por características se asimila más a la escala FAST, únicamente cuenta con la explicación del procedimiento para su aplicación, mientras que el manual de la escala FAST cuenta con el manual para su aplicación, corrección e interpretación en español.

Por lo que respecta a las propiedades psicométricas referir que las muestras de todos los instrumentos anteriormente mencionados están formadas por el diagnóstico de esquizofrenia mientras que la FAST es la única escala en la que el trastorno bipolar conforma la totalidad de su muestra.

Estos datos demuestran que es necesario contar con nuevos instrumentos, que mejoren la evaluación y el tratamiento de personas diagnosticadas de esquizofrenia. Por tanto, es importante que, desde la enfermería especializada en salud mental se lleve a cabo la validación de una escala que no únicamente sirva para la disciplina de la enfermería si no para todas aquellas disciplinas que requieren llevar a cabo la valoración del grado de funcionamiento en pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

La implementación de la escala FAST, permite detectar e identificar aquellos ámbitos específicos del funcionamiento que requieren intervenciones concretas, debido a que es de vital importancia poder administrar un tratamiento integral y global que no involucre únicamente el tratamiento farmacológico, si no que mediante diferentes intervenciones lleve a cabo mejoras tanto en el funcionamiento como en la calidad de vida, produciendo una mejora de estas, en el diagnóstico.

Por otro lado, se contempla la salud mental desde una perspectiva holística, considerando que existe una estrecha relación entre la salud mental y la salud física y es aquí donde hemos de contemplar el concepto de salud mental positiva

como una herramienta para promover, fomentar y desarrollar el funcionamiento óptimo del individuo, al mismo tiempo que su salud.

Es por este motivo, que nuestro estudio, nos planteamos los objetivos que describimos en el siguiente apartado.

## 3.Objetivos e Hipótesis

### Objetivos Generales

- Validar la escala de funcionamiento breve (FAST) en personas diagnosticadas de esquizofrenia.
- Evaluar el grado de funcionamiento y el grado de salud mental positiva en personas diagnosticadas de esquizofrenia, que estén realizando el seguimiento de forma ambulatoria.

### Objetivos Específicos

- Comprobar la fiabilidad y la validez de la escala FAST en personas diagnosticadas de esquizofrenia.
- Identificar el grado de funcionamiento en las personas diagnosticadas de esquizofrenia, atendidas a nivel ambulatorio.
- Analizar la correlación entre el grado de funcionamiento y el grado de salud mental positiva en la población con diagnóstico de esquizofrenia, atendida a nivel ambulatorio.

### Hipótesis

- La escala Fast es un instrumento válido y fiable para evaluar el grado de funcionalidad en pacientes con esquizofrenia.
- Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia atendidos en la comunidad, presentan unos niveles de salud mental positiva que no se ven afectados por el grado de funcionamiento.

## 4. Metodología

#### 4.1. Diseño de estudio

Se utilizó un estudio de metodología cuantitativa psicométrica y un diseño de tipo descriptivo transversal.

#### 4.2. Ámbito de estudio

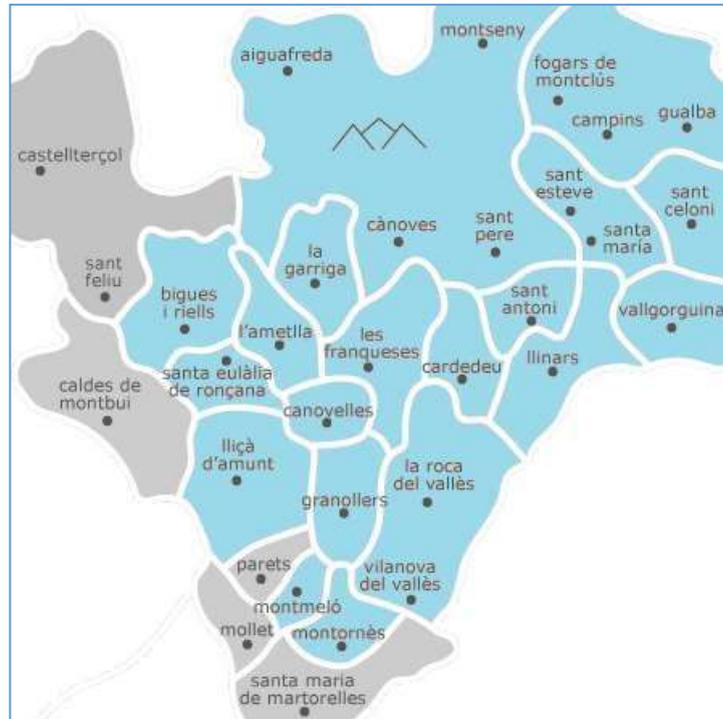
El estudio se realizó en el Centro de Salud Mental (CSMA) de Granollers. El área de atención de este centro comprende la mayoría de la población del Valles Oriental. La comarca del Vallés Oriental consta de 41 municipios y se encuentra situada a 30 kilómetros de Barcelona. Su capital es Granollers, con 61.275 habitantes, según datos del instituto de estadística de Cataluña en 2019.

En el conjunto del ámbito metropolitano de Barcelona, el Vallés Oriental ocupa el extremo nororiental de la Región, en plena depresión prelitoral catalana. Dada su situación estratégica, la atraviesan importantes líneas de comunicación del país. Tiene 735 km<sup>2</sup> de superficie lo que la sitúa como la comarca más extensa del ámbito metropolitano y la quinta en población, con 409.289 habitantes en 2019.

Participaron un total de 30 municipios vinculados al Centro de Salud Mental de Adultos de Granollers:

Aiguafreda, Lliçà d'Amunt, Montmeló, Montornès, Vilanova del Vallès, la Roca del Vallès, Canovelles, Santa Eulalia de Ronçana, Bigues y Riells, l'Ametlla, les Franqueses, Cardedeu, Llinars, Vallgorguina, Sant Antoni de Vilamajor, Sant Pere de Vilamajor, la Garriga, Sant Esteve y Santa Maria de Palautordera, Sant Celoni, Gualba, Fogars de Montclús, Campins, Montseny, Cànoves y Sant Pere. Los municipios están definidos y marcados en color azul en la figura 1.

Figura 1. Municipios que conforman el ámbito del estudio.



#### 4.3. Población de estudio y muestra

La población de estudio fueron los pacientes vinculados al Centro de Salud Mental de Granollers de ambos sexos con diagnóstico de esquizofrenia, según el DSM-IV-TR.

El cálculo de la muestra se realizó basándonos en el primer objetivo de la investigación (Validación de la FAST) y siguiendo las recomendaciones de algunos autores (Nunally y Bernstein, 1994; Polit y Beck, 2017) por lo que se escogieron 9 pacientes por cada ítem del cuestionario, obteniendo una muestra estimada de 216 participantes. Se contemplaron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

##### Criterios de inclusión:

- Diagnóstico de esquizofrenia según la clasificación DSM-IV-TR.
- Edad igual o superior a 18 años.
- Vinculación al Centro de Salud Mental durante un mínimo de 6 meses.

- Voluntariedad en la participación en el estudio, mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Estar en fase de descompensación de la enfermedad, o que hubieran sido dados de alta de la unidad de agudos en el mes previo.
- Presencia de comorbilidad con discapacidad intelectual y del desarrollo.

#### 4.4. Variables del estudio

Las variables que configuraron el estudio fueron las siguientes:

- *Variables referidas a características sociodemográficas.*
  - Edad: expresada en años desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la realización de la encuesta.
  - Género: hombre, mujer.
  - Estado civil: Soltero/a, casado/a, en pareja, divorciado/a separado/a, viudo/a.
  - Convivencia: Solo/a, con familia propia, con familiar de origen, vive con otros.
  - Nivel de estudios: estudios primarios, estudios secundarios, estudios universitarios, sin estudios.
  - Situación laboral: pensionista, en activo, parado.
  - Grado de discapacidad: Si, No.
- *Variables referidas a características clínicas.*
  - Tipo de tratamiento: oral, parenteral, oral-parenteral.
  - Años de evolución de enfermedad desde el diagnóstico
  - Diagnóstico, expresado según el DSM-IV.
- *GAF. Puntuación total de la valoración del Funcionamiento Global.*
- *Variables referidas a la Escala de Funcionamiento Breve (FAST).* Las variables de este apartado se definieron a través de la escala de funcionamiento breve (FAST) (Rosa et al., 2007) descrita en el apartado

1 del marco teórico. Los ítems de este instrumento se agruparon en un total de ocho variables, una a nivel global y siete a nivel específico:

- Autonomía
  - Funcionamiento laboral
  - Funcionamiento cognitivo
  - Finanzas
  - Relaciones interpersonales
  - Ocio
- *Variables referidas a la Salud Mental Positiva.* Estas variables se definieron a través del Modelo Multifactorial de Lluch (Lluch-Canut, 1999), descrito en el apartado 3 del marco teórico. Lluch planteó 6 factores específicos de SMP que, junto con el análisis global del constructo, configuraron un total de 7 variables:
    - Nivel Global de SMP
    - Nivel de Salud Mental con cada uno de los 6 Factores específicos del modelo:
      - Satisfacción Personal, Actitud Pro social, Autocontrol, Autonomía, Resolución de Problemas y Auto actualización, Habilidades de Relación Interpersonal.

#### 4.5. Instrumentos y fuentes de información

A continuación, se detallan los instrumentos utilizados para evaluar las variables descritas en el apartado anterior.

- *Formulario de datos sociodemográficos y clínicos.* Se construyó un formulario ad hoc, para la recogida de los datos sociodemográficos y clínicos que se adjunta en el anexo 1.
- *Escala de Funcionamiento Breve (FAST)* (Rosa et al., 2007) (Anexo 2). Esta escala fue desarrollada por el programa de trastorno Bipolar en Barcelona, España, para evaluar el deterioro funcional que

experimentan los pacientes con trastornos mentales. Se trata de una escala que está formada por 24 ítems distribuidos en seis áreas de funcionamiento:

- [Autonomía](#): ítems 1, 2,3 y 4 se refieren a la capacidad del paciente para realizar cosas de manera autónoma y tomar sus propias decisiones.
- [Funcionamiento Ocupacional](#): ítems 5,6, 7, 8 y 9 miden la capacidad de mantener un empleo remunerado, eficiencia en el trabajo y sueldo acorde a su educación.
- [Funcionamiento cognitivo](#): ítems 10, 11, 12, 13 y 14 evalúan la capacidad para concentrarse, realizar cálculos mentales sencillos, soluciones, problemas, aprender y recordar nuevas informaciones.
- [Aspectos financieros](#): solo los ítems 15 y el 16 miden la capacidad del manejo del dinero y realizar gastos de manera adecuada.
- [Relaciones interpersonales](#): los ítems 17, 18, 19, 20, 21 evalúan las relaciones interpersonales con la familia, los amigos, el grupo social; las relaciones sexuales y la capacidad para defender sus propias ideas y opiniones.
- [Tiempo libre](#): ítems 23 y 24 valoran la capacidad de realizar deportes, ejercicio físico, hobbies, etc.

Cada ítem se evalúa mediante una escala de 4 puntos donde 0 indica ninguna dificultad, 1 dificultad leve, 2 dificultad moderada y 3 mucha dificultad. La puntuación global de la escala se obtiene sumando las puntuaciones de todos los elementos. Cuanto mayor sea la puntuación, más graves serán las dificultades de funcionamiento.

Se trata de una escala heteroaplicada. El período de tiempo estudiado se refiere a los últimos 15 días antes de la evaluación. La escala proporciona una puntuación para cada elemento. Por lo que el clínico debe evaluar las limitaciones que presenta el paciente teniendo en

cuenta el funcionamiento esperado de una persona del mismo sexo, edad y condición sociocultural.

La versión inicial de la FAST incluía 56 ítems divididos en 10 áreas específicas, como autonomía, funcionamiento laboral, funcionamiento cognitivo, finanzas, percepción, vida social, conocimiento, estrategias para hacer frente a los síntomas, uso de medicación y autorrealización. Esta versión fue estudiada con un estudio piloto de 10 pacientes diagnosticados de trastorno bipolar y diez personas no diagnosticadas como control. Tras un análisis preliminar la escala fue debatida entre expertos de España, Brasil e Inglaterra realizándose cambios y rechazando algunos elementos, para llegar la versión final de la misma.

- **Cuestionario de Salud Mental Positiva de Lluch** (Lluch-Canut, 1999) (Anexo 3). Este cuestionario evalúa la salud mental desde una perspectiva positiva. Consta de 39 ítems, distribuidos de forma desigual entre los 6 factores de salud mental que se postulan en el modelo. Los ítems serán formulados como afirmaciones (positivas y negativas) y se ofrecerán cuatro alternativas de respuesta (1, siempre o casi siempre; 2, con bastante frecuencia; 3, algunas veces; 4, nunca o casi nunca). Por lo que para su análisis los ítems negativos serán invertidos. De este modo se obtendrá la puntuación de cada uno de los 6 factores y la puntuación global del Cuestionario de SMP (Tabla 8). Los valores obtenidos que comportan puntuaciones bajas, se asocian con una baja salud mental positiva, mientras que los valores altos indican una elevada salud mental positiva.

Tabla 8. Correspondencia de los ítems con los factores. Valores máximos y mínimos

Factores	Ítems	Valores máximos y mínimos
Satisfacción personal	4*,6,7,12,14,31,38,39	8-32
Actitud prosocial	1,3,23*,25*,37*	5-20
Autocontrol	2,5*,21*,22*,26*	5-20
Autonomía	10,13,19,33,34	5-20

Resolución de problemas y auto actualización	15*,16*,17*,27*,28*,29* 32*,35*,36*	9-36
Habilidades de relación interpersonal	8,9,11*,18*,20*,24,30	7-28
Puntuación total del cuestionario de Salud Mental Positiva		39-156

\*Valores con ítems negativos

- **Escala de Valoración del Funcionamiento Global GAF** (Endicott et al., 1976) (Anexo 4). Esta escala nos permite valorar la gravedad del paciente y la evolución de este siendo de uso extenso en psiquiatría, constituyendo el eje V del diagnóstico multiaxial que propone la APA. Indicando si existe un nivel de afectación de moderado a severo en el funcionamiento laboral, social y/o familiar, excluyendo los daños físicos y ambientales. Es una escala descriptiva que consta de un único ítem que se puntúa entre 1 a 100 indicando a mayor puntuación mayor nivel de activación. Utiliza como punto de corte la puntuación correspondiente a afectación leve (70 o menos) en los casos más restrictivos o el de moderado (inferior a 50) que indica una severidad en los síntomas con afectación grave en el funcionamiento y competencia social.

#### 4.6. Procedimiento de la recogida de datos

Previo al procedimiento de la recogida de los datos se realizó una prueba piloto según el modelo planteado por Hertzog (2008) mediante una entrevista cognitiva a la población del estudio con el fin de comprobar la comprensión de los ítems y determinar el tiempo de cumplimentación del cuestionario. En nuestra investigación y según lo que recomienda Hertzog, la muestra debía estar comprendida entre 20-25 participantes (Hertzog, 2008). Teniendo en cuenta dicha premisa, se incluyeron 20 pacientes diagnosticados de esquizofrenia según el manual DSM-IV-TR con el objetivo de valorar la comprensión de los ítems y la factibilidad de su administración.

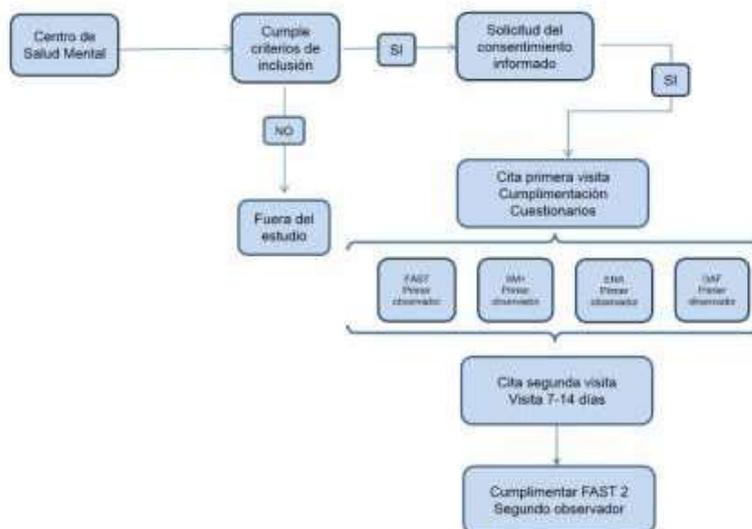
Una vez analizados los resultados de la prueba piloto, no se observaron

dificultades en la comprensión de los diferentes cuestionarios y el tiempo invertido en su cumplimentación por parte de los participantes fue de una media de 35 minutos para todos.

La recogida de los datos fue realizada por enfermeras especialistas en Salud Mental. La investigadora principal fue la encargada de instruir a estas para asegurar que la recogida de los datos se realizara de manera correcta y adecuada. Posteriormente a los participantes se les proporciono la información que correspondía a la elaboración de este y aquellos que aceptaron participar de manera voluntaria en él, se les entrego el consentimiento informado y se les realizo el pasaje de los diferentes cuestionarios. En la primera visita se recogieron los datos sociodemográficos y clínicos y fueron evaluados mediante la escala FAST, el cuestionario de SMP y la escala GAF.

De este modo se incorporaron de manera progresiva, hasta completar el tamaño total de la muestra (n=226). La recogida de la muestra tuvo una duración de dos años, iniciándose en enero de 2017 y finalizando en diciembre de 2019, debido a la dificultad que comportan las características de esta. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes atendidos en el Centro de Salud Mental que cumplían criterios de inclusión (Figura 2).

Figura 2. Algoritmo del procedimiento de recogida de datos



Fuente: Elaboración propia

#### 4.7. Análisis de los datos

En nuestra investigación se plantearon dos objetivos generales:

1. En el primer objetivo general, la validación de la escala FAST, para confirmar que reúne las características psicométricas necesarias para ser utilizada en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. El análisis psicométrico de la escala FAST se realizó mediante el análisis de la fiabilidad y la validez de esta, que son dos propiedades que nos reportan la calidad de un instrumento métrico.

Así mismo, se realizaron las siguientes exploraciones:

**Análisis descriptivo**, de las variables objeto de estudio de nuestra investigación. Se incluyó la prueba de normalidad de las variables cuantitativas, para saber si se debían aplicar test paramétricos o no paramétricos. Debemos recordar que, si el número de datos es mayor de 50, como en nuestro caso, se considera para la prueba de normalidad el estadístico de Kolmogorov-Smirnov y si es menor de 50 el de Shapiro-Wilk. Cuando el p-valor de la prueba de normalidad sale significativo ( $p < 0,05$ ) podemos aceptar la hipótesis de que la variable no tiene distribución normal. En cambio, si el p-valor sale no significativo ( $p > 0,05$ ) aceptaríamos la hipótesis de que la variable si tiene distribución normal.

**Análisis de la fiabilidad**, se realizó un análisis de la consistencia, mediante el coeficiente alfa de Cronbach considerando una buena consistencia interna si el grado de significación obtenido es igual o superior al 0.70. Del mismo modo se realizó un análisis de repetibilidad o fiabilidad test-retest, mediante la consistencia inter observador. Esta se analizó mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI), donde sus valores están comprendidos entre 0 y 1 aceptando que su valor, ha de ser igual o superior a 0.7, para una buena concordancia.

**Análisis de la validez**, se procedió al análisis de **la validez convergente y**

**discriminante**, evaluando las diferentes áreas de la escala FAST, así como el resultado de cada una de estas áreas y la puntuación total. Partiendo de la hipótesis de que la correlación entre cada subescala y la escala total debe ser más fuerte que las correlaciones entre las subescalas (Fayers y Machin, 2000) Para evaluar **la validez concurrente** de la FAST, se eligió la GAF como escala para porque es el principal instrumento para evaluar el resultado funcional en los trastornos (Rosa et al., 2007).

Para el análisis de **la validez del constructo**, se realizó el análisis factorial confirmatorio, mediante el método de mínimos cuadrados generalizados. Este método tiene las mismas propiedades que el método de máxima verosimilitud, aunque bajo consideraciones de normalidad multivariada menos rigurosas, utilizándose sobre todo para los ítems de nivel de medida ordinal (Batista-Foguet et al., 2004; Boubeta et al., 2006).

Se calcularon los índices de ajuste absoluto, incremental y de parsimonia. En este estudio se utilizó el índice de ajuste absoluto GFI (Gooness-of-fit Index) y el RMSE (Root Mean Standard Error) considerando como modelos adecuados los que tienen un índice GFI próximo a 0,90 y un índice RMSE con valores comprendidos entre 0 y 0,05 y modelos aceptables cuando los valores de este índice están entre 0,05 y 0,08 (Browne y Cudeck, 1992). Los índices incrementales que se utilizaron en este estudio fueron el índice AGFI (Adjusted Goodness-of-fit Index) y los índices BBNFI (Bentler Bonnet Normed Fit Index) y BBNNFI (Bentler Bonnet Non Normed Fit Index). Estos índices oscilan entre 0 y 1 y se consideran como modelos adecuados los que tienen un índice próximo a 0,90. Finalmente, con respecto al índice de parsimonia se utilizó la Chi-cuadrado normalizada, definida como la ratio entre el valor de la Chi-cuadrado y el número de grados de libertad. Se consideran valores aceptables entre 2 y 6 (Boubeta et al., 2006; Hu y Bentler, 1998).

2. Como segundo objetivo general, se evaluó el grado de funcionamiento de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia y como objetivo específico

se estudió la relación entre el grado de funcionamiento y la salud mental positiva que se calculó con el coeficiente de correlación de Pearson.

El cálculo de las variables cualitativas se realizó mediante las frecuencias y los porcentajes de cada una de sus categorías. Para cada una de las variables cuantitativas se calculó la media y la desviación típica. En el análisis bivariante entre una variable cualitativa y una cuantitativa se aplicó la t de Student Fisher o el análisis de varianza ANOVA según las categorías de las variables cualitativas analizadas. Se trabajó con un nivel de confianza del 95 % y se consideró que la diferencia entre variables es significativa cuando el grado de significación ( $p$ ) es menor o igual a 0.05.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences para Windows (SPSS) versión 25.0 (IBM Corporation, 2017) y el EQS® versión 6.2 para el análisis factorial confirmatorio (Multivariate Software Inc, 2006).

#### 4.8. Aspectos éticos

##### Consideraciones generales

Este trabajo de investigación recibió la aprobación del Comité de Ética e Investigación Clínica (CEIC) de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús (Anexo 5).

Se solicitaron los permisos a los autores para la utilización de la versión original de los cuestionarios (Anexo 7).

##### Evaluación riesgo beneficio

El presente estudio no comportó ningún riesgo hacia los sujetos que participaron en él, ya que no implicó ninguna intervención diferente al seguimiento habitual de los mismos en la consulta. La única incomodidad que se les generó de manera puntual fue el tener que recitarlos para la realización del retest.

### Consentimiento informado y hoja de información

A los sujetos participantes en el estudio, se les entregó un documento que contenía la información relevante y necesaria para la participación en el estudio (Anexo 6). Las enfermeras/os que realizaron la recogida de datos informaban a los sujetos sobre la naturaleza del estudio, así como los costes y de los riesgos- beneficios del mismo. Se contestaron las dudas y preguntas que les surgieron, teniendo en cuenta la normativa vigente y obteniendo la firma del consentimiento informado.

Cualquier sujeto participante en el estudio, pudo renunciar a la participación de este durante la recogida de los datos, sin que esto comportara ninguna consecuencia para él.

### Confidencialidad de los datos

Para garantizar el anonimato y la confidencialidad de la información recogida, los participantes firmaron a través de un dispositivo digital. El documento firmado estaba protegido con una contraseña y se almacenaba en un fichero en la nube, donde únicamente tenía acceso la investigadora principal.

Por tanto, los datos fueron tratados conforme a lo que dispone la Ley orgánica de Protección de datos 03/2018 del 5 de diciembre (Boletín Oficial del Estado, 2018), para el desarrollo y la correcta finalidad del estudio. A los sujetos se les asignó un número de identificación, en función de la evolución del estudio, no constando de este modo ningún dato de identificación personal.

## 5.Resultados

## Resultados objetivo 1

Validar la escala de funcionamiento breve (FAST)  
en personas diagnosticadas de esquizofrenia  
atendidas en la comunidad

## 5.1. Resultados objetivo 1

### Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra.

Un total de 226 sujetos se han reclutado con criterios clínicos de diagnóstico de esquizofrenia según la cuarta revisión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR) vinculados al Centro de Salud Mental de Adultos Benito Menni de Granollers (CSMA).

En la tabla 9, se describen las principales características sociodemográficas de la muestra. Se determinó que el sexo predominante fueron hombres con un 69% y la edad media de la población fue de 44,39 años (DE 11,42). Respecto al estado civil el mayor porcentaje fue de solteros/as en un 76,5%, un 15,5% vivían solos y un 53,1% vivía en su familia de origen. El 87,6% tenían estudios primarios y/o secundarios y solo un 10,2% estaba laboralmente activo. De los 226, el 80,5% tenían el grado de discapacidad.

En este apartado se realizó un análisis descriptivo y gráfico de las principales variables objeto de estudio de nuestra investigación. Se incluyó también la prueba de normalidad de las variables cuantitativas para en futuros contrastes de hipótesis para saber si debemos aplicar test paramétricos o no paramétricos.

Tabla 9. Datos sociodemográficos de la muestra (n=226)

Características		n	%
Edad en años		44,39 (DE 11,42)	
Género	Masculino	158	69,9
	Femenino	68	30,1
Estado Civil	Soltero/a	173	76,5
	Casado/a	23	10,2
	En Pareja	1	0,4
	Separado/a-Divorciado/a	24	10,6
	Viudo/a	5	2,2
Vive con	Solo/a	35	15,5
	Vive con familia propia	32	14,2
	Vive con Familia de origen	120	53,1
	Vive con otros	39	17,3
Nivel de estudios	Estudios primarios	148	65,5
	Estudios secundarios	50	22,1
	Estudios universitarios	12	5,3
	Sin estudios	16	7,1
Situación laboral	Pensionista	168	74,3
	Activo	23	10,2
	Parado	35	15,5
Tienen grado de discapacidad	Si	182	80,5
	No	44	19,5

DE: Desviación Estándar

En relación con los resultados clínicos de la muestra como observamos en la tabla 10, encontramos que el 87,6% presento un diagnóstico de esquizofrenia paranoide, el 52,2%, estaban con tratamiento oral y el 46,9% presentaba una evolución de más de 15 años de la enfermedad, no encontrándose diferencias de porcentaje en el GAF siendo un 50% en los dos grupos (mayor y menor o igual a 50).

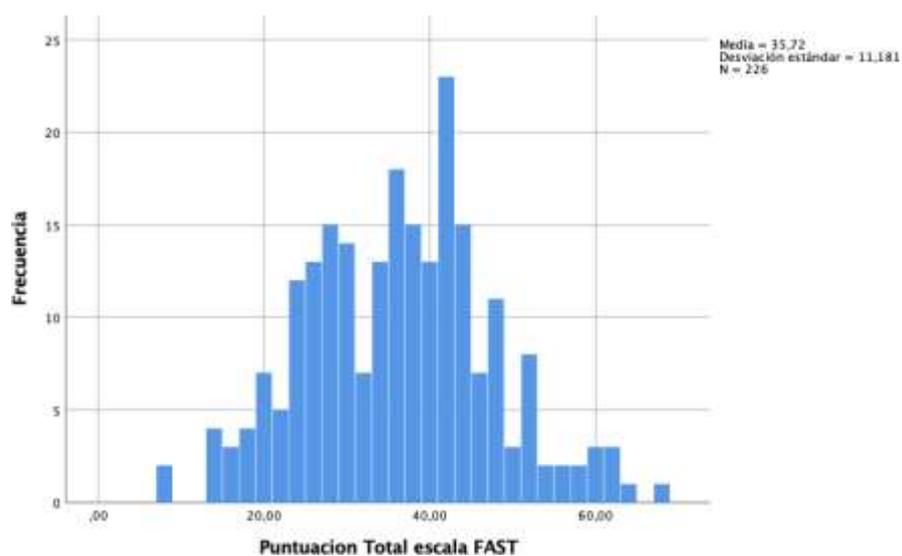
Tabla 10. Datos clínicos de la muestra (n=226)

		Número	Porcentaje
Diagnóstico de Esquizofrenia	Tipo paranoide	198	87,6
	Tipo indiferenciado	15	6,6
	Tipo desorganizado	1	0,5
	Tipo residual	12	5,3
Tipo de tratamiento	Oral	118	52,2
	Parenteral	28	12,4
	Oral y Parenteral	79	35,0
	Sin tratamiento	1	0,4
Años de evolución	Menos de 5 años	16	7,1
	Entre 5-10 años	53	23,5
	De 10 a 15 años	51	22,6
	Más de 15 años	106	46,9
GAF	Menor o igual a 50	113	50,00
	Mayor que 50	113	50,00

### Análisis descriptivo de los ítems de la escala FAST.

La escala FAST obtuvo una puntuación media de 35,72 (DE 11,18) siendo la mediana de 36 con un valor mínimo de 8 y un valor máximo de 68. Tal y como se observa en el gráfico 1 se representa su histograma de frecuencias donde se muestra que la distribución fue platocúrtica, ya que el coeficiente de curtosis fue menor que 0 (-0,11).

Gráfico 1. Histograma de frecuencias de la puntuación total de la escala FAST (n=226)



En el gráfico se muestran los valores de tendencia central, variabilidad, asimetría, curtosis y el porcentaje de respuesta mínima y máxima para cada uno ellos. Destacaremos que hay asimetría positiva en la mayoría de los ítems a excepción de los ítems que forman parte del funcionamiento laboral.

Tabla 11. Estadísticos descriptivos de los ítems de la escala FAST

	Resumen de los contenidos de los ítems	Media	DE	Mediana	Asimetría	Curtosis	%Respuesta Mínima	%Respuesta Máxima
P1	Autonomia1. Tareas de la casa	1,15	0,88	1,00	0,45	-0,45	23,9	8,4
P2	Autonomia2. Vivir Solo	1,46	1,04	2,00	-0,01	-1,17	23,00	18,6
P3	Autonomia3. Hacer la compra	0,85	0,89	1,00	0,84	-0,11	42,50	6,2
P4	Autonomia4. Cuidar de sí mismo	0,72	0,83	1,00	0,95	0,16	48,7	3,5
P5	Funcio_laboral1. Trabajo remunerado	2,72	0,81	3,00	-2,83	6,43	7,1	88,1
P6	Funcio_laboral2.Acabar tareas rápido	2,74	0,74	3,00	-2,81	6,60	4,0	88,1
P7	Funcio_laboral3.Trabajar en lo que estudio	2,86	0,51	3,00	-4,16	17,96	1,8	91,2
P8	Funcio_laboral4.Cobrar de acuerdo con el puesto que ocupa	2,73	0,81	3,00	-2,85	6,53	6,6	88,9
P9	Funcio_laboral5. Alcanzar el rendimiento previsto por la empresa	2,74	0,74	3,00	-2,73	6,18	3,5	87,6
P10	Funcio_Cogni1. Concentrarse en lectura, película	1,33	0,97	1,00	0,16	-0,96	23,00	12,8
P11	Funcio_Cogni2. Hacer cálculos mentales	1,38	1,00	1,00	0,13	-1,04	22,6	15,5
P12	Funcio_Cogni3. Resolver adecuadamente un problema	1,22	0,94	1,00	0,22	-0,90	26,1	9,3
P13	Funcio_Cogni4. Recordar el nombre de gente nueva	1,38	0,92	1,00	0,15	-0,80	17,7	12,8
P14	Funcio_Cogni5. Aprender una nueva información	1,24	0,89	1,00	0,18	-0,77	22,6	8,0
P15	Finanzas1.Manejar el propio dinero	1,02	1,06	1,00	0,60	-0,94	42,0	12,4
P16	Finanzas2. Hacer compras equilibradas	0,84	0,95	1,00	0,86	-0,30	46,5	7,5
P17	Relaciones interpersonales1. Mantener una amistad	1,38	1,04	1,00	0,08	-1,18	25,7	16,8
P18	Relaciones interpersonales2. Participar en actividades	1,47	1,02	1,00	0,11	-1,09	19,00	19,9
P19	Relaciones interpersonales3. Llevarse bien con personas cercanas	0,72	0,88	0,00	0,98	-0,02	52,2	4,4
P20	Relaciones interpersonales4. Convivencia familiar	0,48	0,72	0,00	1,52	1,99	63,3	2,2
P21	Relaciones interpersonales5. Relaciones sexuales satisfactorias	1,11	1,29	0,00	0,55	-1,46	51,3	27,0
P22	Relaciones interpersonales6. Capaz de defender intereses	1,00	0,82	1,00	0,45	-0,41	29,6	4,0
P23	Ocio1. Practicar un deporte o ejercicio	1,72	1,14	2,00	-0,17	-1,44	18,0	36,7
P24	Ocio2. Tener una afición	1,47	1,15	1,00	0,11	-1,42	25,7	27,4

DE: Desviación Estándar

## Análisis de la fiabilidad de la escala FAST

### Análisis de la consistencia interna escala FAST

El método de consistencia interna basado en el alfa de Cronbach permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o dimensión teórica. La validez de un instrumento se refiere al grado en que el instrumento mide aquello que pretende medir. Y la fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se puede estimar con el alfa de Cronbach.

La medida de la fiabilidad mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems (medidos en escala tipo Likert) miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados. Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. La fiabilidad de la escala debe obtenerse siempre con los datos de cada muestra para garantizar la medida fiable del constructo en la muestra concreta de investigación. Como criterio general, sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa  $>0.9$  es excelente
- Coeficiente alfa  $>0.8$  es bueno
- Coeficiente alfa  $>0.7$  es aceptable
- Coeficiente alfa  $>0.6$  es cuestionable
- Coeficiente alfa  $<0.6$  es pobre

El valor de Alpha de Cronbach obtenido para medir el coeficiente de consistencia interna para el total de la escala FAST fue de 0,87. La Consistencia interna también se realizó para cada uno de los factores, obteniendo valores superiores a 0.70, excepto los factores Relaciones interpersonales que obtuvo un valor de 0,61 y el factor ocio que obtuvo un valor de 0,66 (Tabla 12).

## RESULTADOS OBJETIVO 1

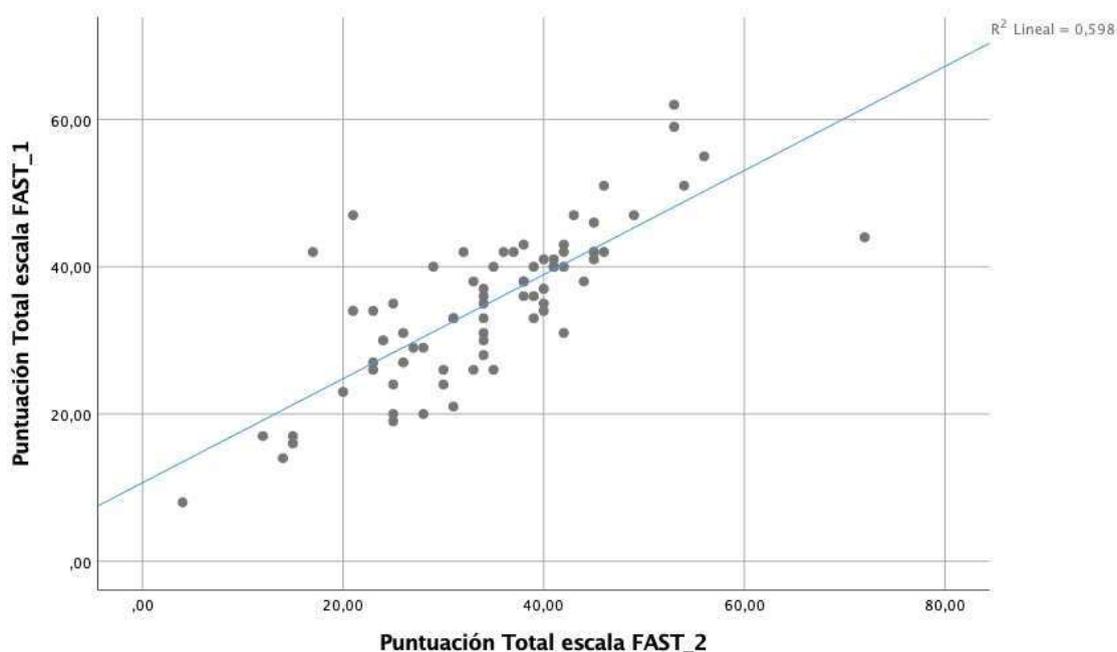
Tabla 12. Tabla Coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) de la escala FAST

		Total subescala Alfa de Cronbach	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
	<b>Autonomía</b>	<b>,768</b>		
P1	Tareas de la casa		,472	,863
P2	Vivir Solo		,518	,861
P3	Hacer la compra		,615	,859
P4	Cuidar de sí mismo		,488	,863
	<b>Funcionamiento laboral</b>	<b>,954</b>		
P5	Trabajo remunerado		,412	,865
P6	Acabar tareas rápido		,425	,865
P7	Trabajar en lo que estudio		,289	,868
P8	Cobrar de acuerdo con el puesto que ocupa		,385	,866
P9	Alcanzar el rendimiento previsto por la empresa		,423	,865
	<b>Funcionamiento cognitivo</b>	<b>,743</b>		
P10	Concentrarse en lectura, película		,465	,863
P11	Hacer cálculos mentales		,512	,862
P12	Resolver adecuadamente un problema		,529	,861
P13	Recordar el nombre de gente nueva		,469	,863
P14	Aprender una nueva información		,476	,863
	<b>Finanzas</b>	<b>,783</b>		
P14	Manejar el propio dinero		,449	,864
P16	Hacer compras equilibradas		,433	,864
	<b>Relaciones interpersonales</b>	<b>,614</b>		
P17	Mantener una amistad		,420	,865
P18	Participar en actividades		,485	,863
P19	Llevarse bien con personas cercanas		,352	,867
P20	Convivencia familiar		,245	,869
P21	Relaciones sexuales satisfactorias		,266	,872
P22	Capaz de defender intereses		,483	,863
	<b>Ocio</b>	<b>,665</b>		
P23	Practicar un deporte o ejercicio		,424	,865
P24	Tener una afición		,472	,863

## Resultados del análisis test-retest o estabilidad temporal

De los 226 pacientes que fueron incluidos en el estudio, se les realizó el re-test a 74. El coeficiente de correlación de Pearson entre las dos escalas fue de 0,870 ( $p < 0,001$ ), tal y como se observa en el gráfico 2.

Gráfico 2. Análisis de correlación entre las puntuaciones totales de las dos escalas FAST



Posteriormente se calculó el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) para el global de la escala siendo de 0,86 y para todas las dimensiones de la escala este coeficiente también fue superior a 0,70. Según Streiner y Norman (2003) este coeficiente debe alcanzar puntuaciones por encima de 0,5 y se recomienda que llegue a 0,7 para que sea consistente (Tabla 13).

Tabla 13. Escala Fast: Coeficiente de Correlación intraclase (CCI) test-retest

Dimensiones de Dificultad	CCI	IC 95%
Dimensión 1. Autonomía	0,796	0,676-0,871
Dimensión 2. Funcionamiento laboral	0,928	0,885-0,954
Dimensión 3. Funcionamiento cognitivo	0,744	0,594-0,839
Dimensión 4. Finanzas	0,788	0,663-0,866
Dimensión 5. Relaciones interpersonales	0,736	0,580-0,834
Dimensión 6. Ocio	0,777	0,645-0,859
Total	0,869	0,784-0,914

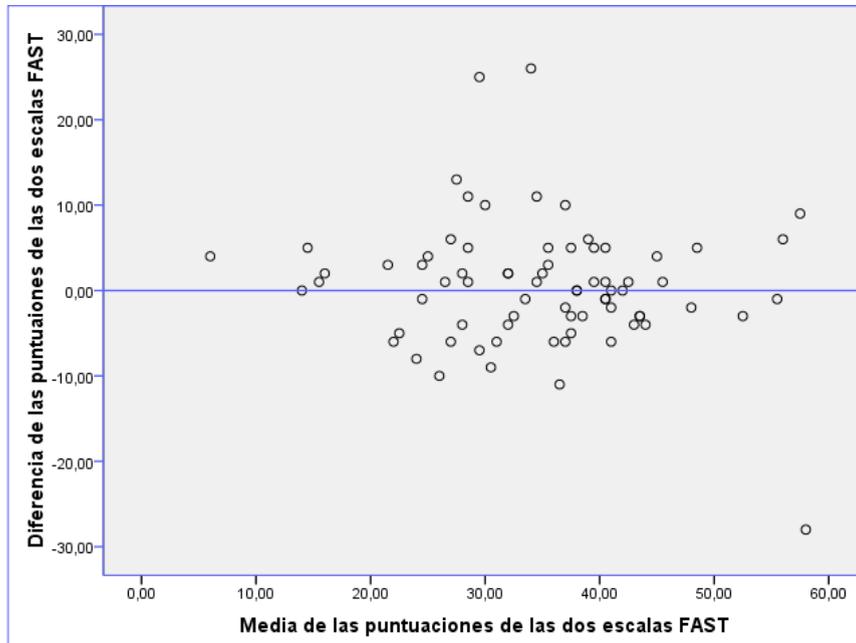
**CCI:** Coeficiente de correlación intraclase

**IC:** Intervalo de confianza

Se realizó una representación gráfica de las diferencias entre las puntuaciones de ambas escalas FAST en relación con su media, utilizando el método de Bland y Altman. En el gráfico 4, se observa que las diferencias entre ambos observadores eran similares para todos los valores de la puntuación de la escala.

Según el procedimiento de Bradley-Blackwood en el análisis de regresión simple obtuvo una  $F=107,10$  y una pendiente positiva de  $0,707$  ( $p=0,0001$ ) (Gráfico 3).

Gráfico 3. Diferencias en los valores de la puntuación de la escala FAST entre dos observadores en relación con su promedio



La media de las diferencias individuales entre las dos escalas FAST fue de 0,58 (DE 7,36), donde la mayoría de las diferencias se sitúan entre la media y dos desviaciones estándar de la variable diferencia (Gráfico 4).

Gráfico 4. Método de Bland y Altman: Diferencia de las puntuaciones frente a la media de las dos escalas FAST

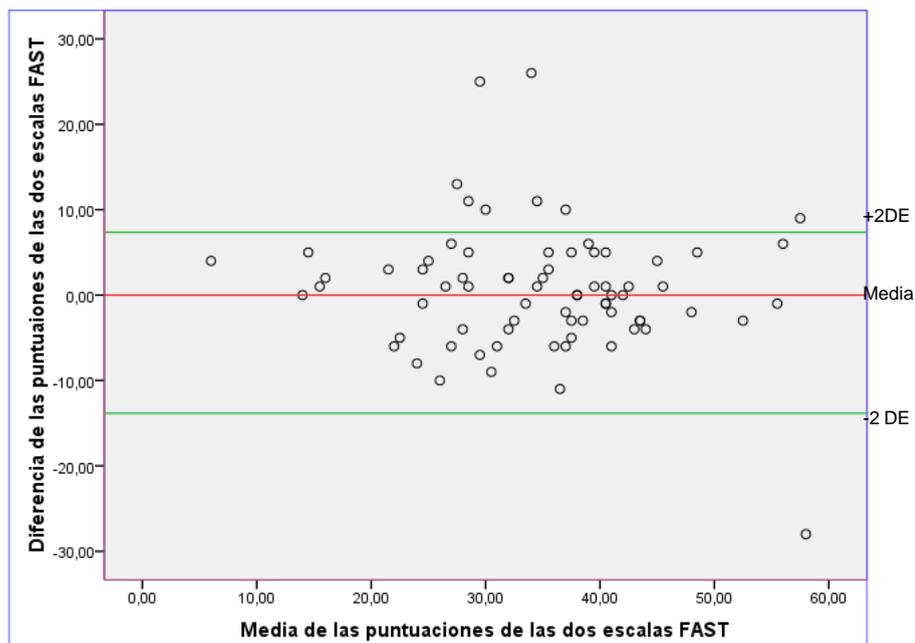
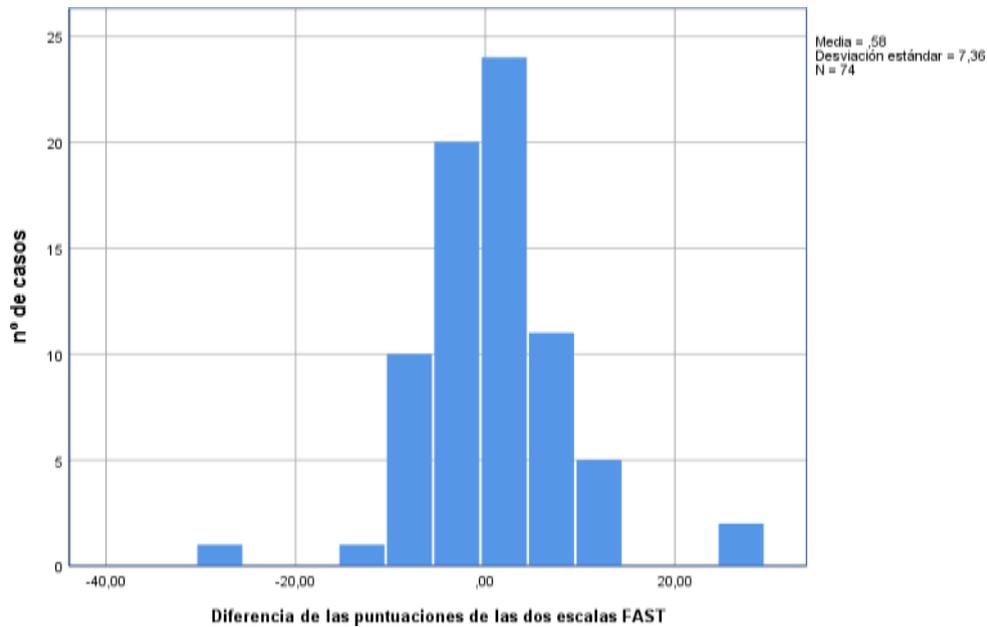


Gráfico 5. Histograma de las diferencias de puntuaciones de las dos escalas FAST



En el histograma que representa las diferencias entre las dos medias (gráfico 5) se observa que la primera medida de la escala FAST presenta valores ligeramente superiores, siendo las diferencias mínimas, ajustándose a los límites de concordancia, con tendencias a la estabilidad.

La magnitud de las diferencias en término absolutos de las dos puntuaciones de la escala FAST, así como el porcentaje acumulado de casos en los que se supera cada una de estas diferencias se muestra en la tabla 14.

Tabla 14. Distribución de las diferencias absolutas sobre la medición de las dos escalas FAST en n=74 pacientes

Diferencia Absoluta	Frecuencia	Porcentaje acumulado
-28,00	1	1,4
-11,00	1	2,7
-10,00	1	4,1
-9,00	1	5,4
-8,00	1	6,8
-7,00	1	8,1
-6,00	6	16,2
-5,00	2	18,9
-4,00	4	24,3
-3,00	6	32,4
-2,00	3	36,5
-1,00	5	43,2
,00	5	50,0
1,00	8	60,8
2,00	5	67,6
3,00	3	71,6
4,00	3	75,7
5,00	7	85,1
6,00	3	89,2
9,00	1	90,5
10,00	2	93,2
11,00	2	95,9
13,00	1	97,3
25,00	1	98,6
26,00	1	100,0
Total	74	100

### Resultados de la validez de la escala FAST

Para estudiar la validez de la escala FAST, realizamos el análisis de la validez concurrente, la validez discriminante y la validez del constructo.

#### Análisis de la validez concurrente

La correlación obtenida entre la escala FAST y la escala GAF, fue -0,324 ( $p < 0,0001$ ). La correlación fue negativa ya que las puntuaciones de las dos

escalas van en sentido inverso tal y como se observa en el gráfico 6.

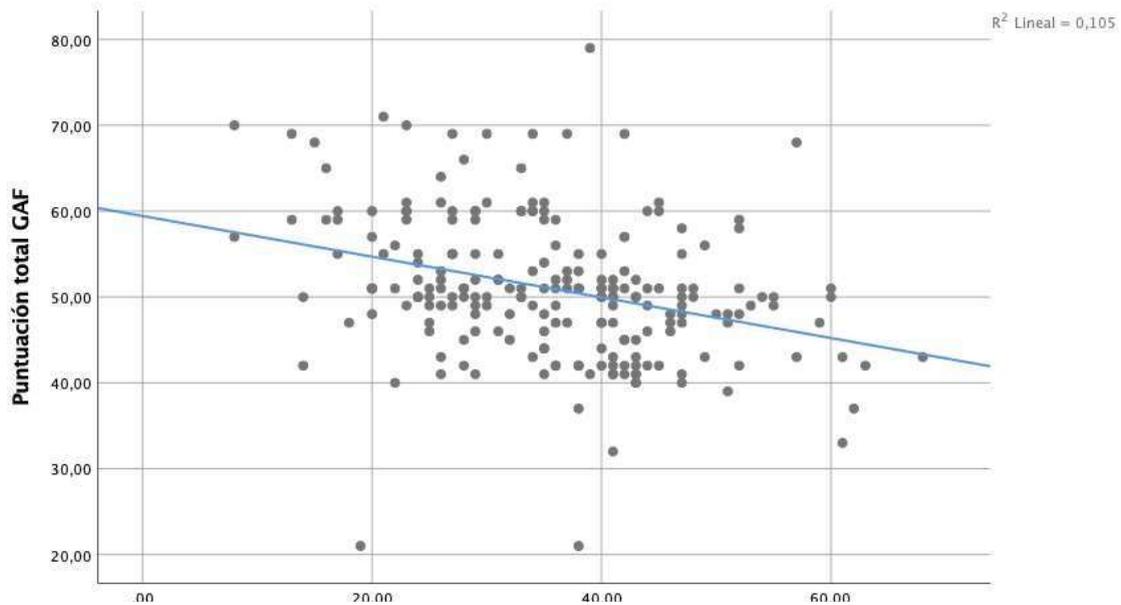


Gráfico 6. Análisis de correlación entre las puntuaciones totales de la escala FAST y la escala GAF

### Análisis de la validez discriminante

La validez discriminante se analizó como en la escala original mediante la comparación de la media de los pacientes según los diferentes diagnósticos. Se agruparon en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide y aquellos que estaban diagnosticados de esquizofrenia indiferenciada, residual y desorganizada, no observando diferencias estadísticamente significativas. No obstante, las puntuaciones medias de la escala FAST fueron ligeramente menores en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide 35,41 (DE 11,04) que en el grupo de los formados por los diagnosticados de esquizofrenia indiferenciada, residual y desorganizada que presentaban una puntuación superior 37,82 (DE 12,08) (Gráfico 7).

Gráfico 7. Puntuación total de la escala FAST según los diferentes diagnósticos (media e intervalo de confianza del 95%)

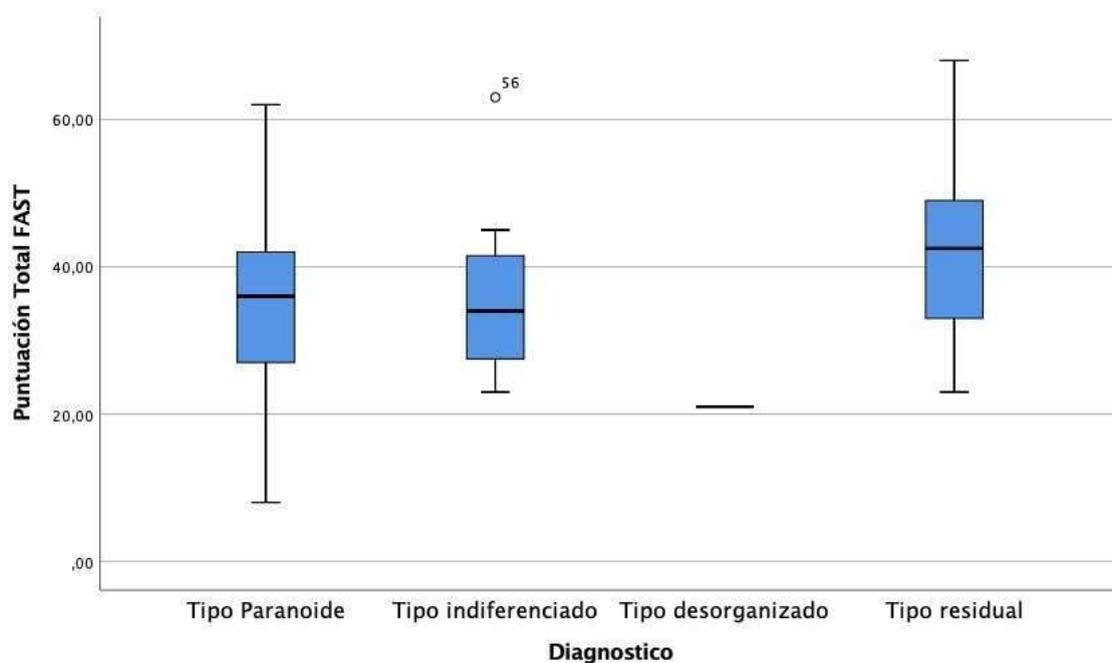


Tabla 15. Evaluación de la validez discriminante mediante la comparación de medias de la escala FAST entre los grupos de diagnóstico de esquizofrenia

Puntuación total en la escala FAST							
	Media	DE	Mediana	Mínimo	Máximo	n	p
Pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide	35,419	11,047	36,00	8	62	198	,288
Pacientes diagnosticados de otras tipologías de esquizofrenia	37,821	12,089	36,00	21	68	28	
Total pacientes	35,716	11,181	36,00	8	68	226	

**DE:** Desviación Estándar

**p:** Nivel de significación

### Resultados de la validez del constructo de la escala FAST

La estructura factorial del constructo de la escala FAST se realizó mediante un análisis factorial exploratorio (AFE) y confirmatorio (AFC) en el que se planteó un modelo de seis factores.

### Resultados del análisis factorial exploratorio

Para llevarlo a cabo se realizó la comprobación de los datos con la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett como se muestra en la tabla 16.

Tabla 16. Prueba de KMO y Bartlett

Prueba de KMO y Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,846
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	2896,616
	gl	276
	Sig.	,000

Referente a la medida de adecuación de Kaiser Meyer, se considera aceptable para valores superiores a 0,5 en nuestro caso se obtuvo un valor de 0,846 siendo una buena adecuación muestral y la prueba de esfericidad de Bartlett salió significativa.

La varianza total explicada como observamos en la tabla 17, nos indica el número de factores o dimensiones que deben retenerse. La asignación de los ítems a cada factor se realizó en base a los criterios propuestos por Tabachnik y Fidell, que refieren que los ítems deben estar relacionados conceptualmente con el factor y que en los resultados obtengan un peso factorial mayor a 0,30 en el factor correspondiente (Fidell et al., 2013). En nuestro estudio, los seis primeros factores tienen valores superiores a 1. Estos seis factores resultantes explican el 26,10%, el 15,88 %, el 6,9%, el 5,24%, el 5,13% y el 4,41% de la varianza respectivamente, siendo la varianza total de la escala del 63,7%.

Tabla 17. Varianza total explicada

Ítem	Autovalores iniciales			Sumas de cargas al cuadrado de la extracción			Sumas de cargas al cuadrado de la rotación		
	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado	Total	% de varianza	% acumulado
1	6,265	26,104	26,104	6,265	26,104	26,104	4,328	18,034	18,034
2	3,812	15,882	41,985	3,812	15,882	41,985	2,467	10,279	28,313
3	1,666	6,943	48,928	1,666	6,943	48,928	2,385	9,936	38,249
4	1,259	5,247	54,175	1,259	5,247	54,175	2,190	9,125	47,374
5	1,227	5,113	59,289	1,227	5,113	59,289	2,040	8,501	55,875
6	1,059	4,411	63,700	1,059	4,411	63,700	1,878	7,825	63,700
7	,979	4,080	67,780						
8	,872	3,635	71,415						
9	,745	3,104	74,519						
10	,682	2,844	77,363						
11	,673	2,803	80,166						
12	,652	2,717	82,883						
13	,617	2,570	85,453						
14	,573	2,388	87,841						
15	,476	1,984	89,826						
16	,474	1,976	91,802						
17	,437	1,819	93,621						
18	,372	1,549	95,170						
19	,337	1,403	96,572						
20	,323	1,348	97,920						
21	,253	1,055	98,975						
22	,117	,486	99,461						
23	,100	,417	99,878						
24	,029	,122	100,000						

Resultados del análisis factorial confirmatorio

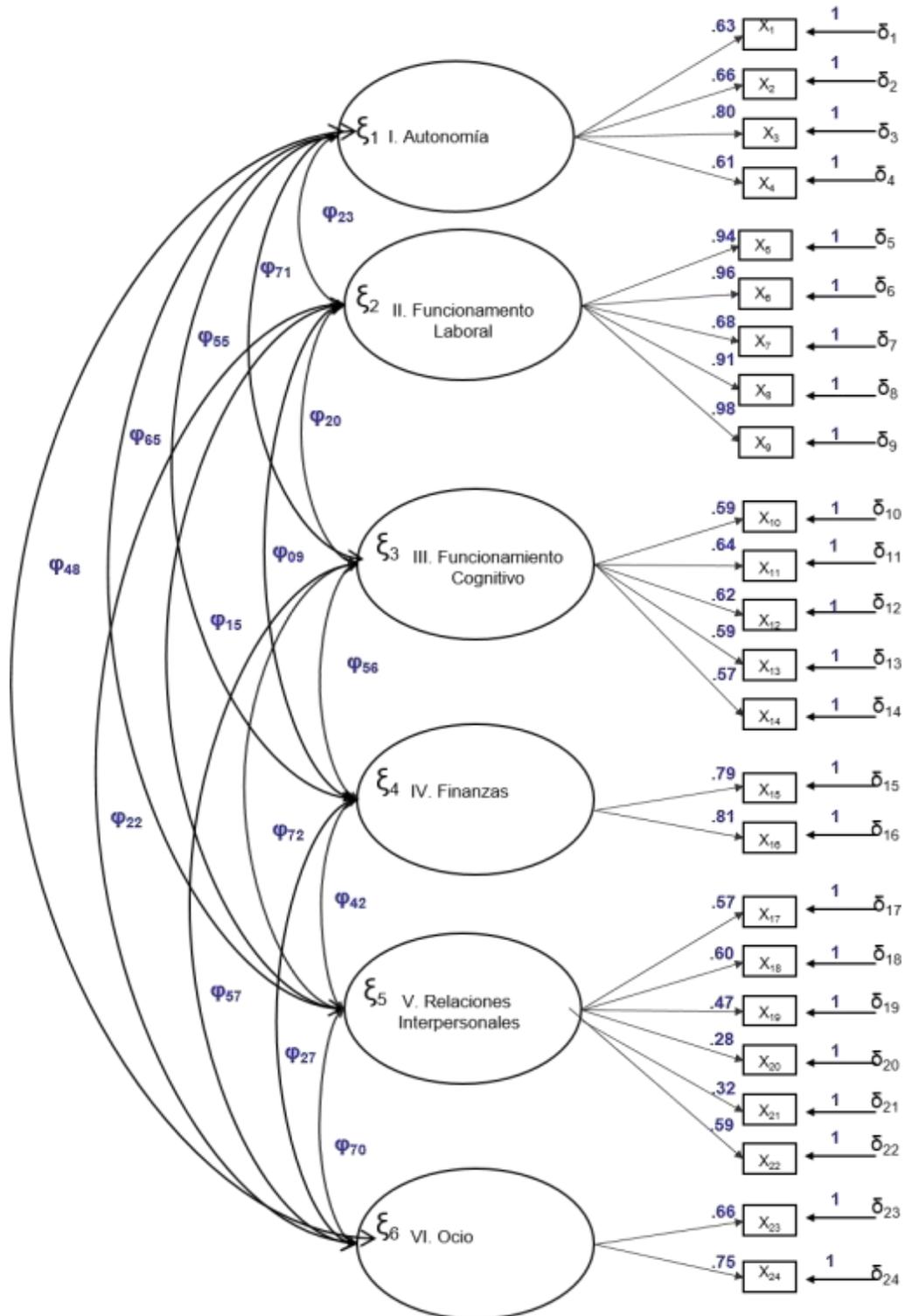
Tras los resultados obtenidos en el análisis factorial exploratorio, la estructura factorial obtenida se sometió a estudio mediante un análisis factorial confirmatorio.

Tabla 18. Cargas factoriales derivadas de la estimación LS (mínimos Cuadrados) del Análisis Factorial Confirmatorio (λ<sub>ij</sub>)

Ítem	D1	D2	D3	D4	D5	D6
P1	.632*					
P2	.663*					
P3	.803*					
P4	.613*					
P5		.943*				
P6		.963*				
P7		.685*				
P8		.915*				
P9		.983*				
P10			.591*			
P11			.642*			
P12			.626*			
P13			.594*			
P14			.574*			
P15				.795*		
P16				.812*		
P17					.579*	
P18					.607*	
P19					.474*	
P20					.284*	
P21					.329*	
P22					.596*	
P23						.661*
P24						.753*
*p < .05						

La figura 3 muestra las correlaciones entre los factores, casi todos presentaron unas correlaciones elevadas con el resto de los factores. (Figura 3)

Figura 3. Parámetros estandarizados del modelo



**Bondad de ajuste del modelo**

El resultado de la prueba de chi-cuadrado fue estadísticamente significativo ( $\chi^2 = 425,399$ ;  $gl=237$   $p=.0001$ ), siendo la razón de ajuste de 1,79. El estadístico chi-cuadrado indica el ajuste absoluto del modelo, pero es muy sensible al tamaño muestral. Por consiguiente, usualmente se interpreta también la razón de chi cuadrado sobre los grados de libertad, con valores inferiores a 3 indicando un buen ajuste.

Los índices CFI (0,931) y GFI (0,971) varían entre 0 y 1, indicando con 0 ausencia de ajuste y 1 ajuste óptimo. Por tanto, los valores superiores a 0,85 sugieren un ajuste aceptable del modelo a los datos (Bollen, 1989). De acuerdo con los resultados obtenidos, el modelo propuesto para los factores encaja satisfactoriamente con los datos obtenidos (Tabla 19).

*Tabla 19. Índice de bondad de ajuste del modelo confirmatorio*

INDICE	VALOR
BBNFI	,858
BBNNFI	,919
CFI	,931
GFI	,971
AGFI	,964
RMSE	,048
RMSEA	,060
$\alpha$ Cronbach	,869
Prueba de Bondad de Ajuste	$\chi^2 = 425.399$ ; $gl=237$ ; $p=.0001$
Razón de ajuste	$\chi^2 / gl = 1,79$

BBNFI: Bentler Bonnet Normed Fit Index. BBNNFI: Bentler Bonnet Non-Normed Fit Index. CFI: Comparative Fit Index. GFI: Goodness of Fit Index. AGFI: Adjusted Goodnes of Fit Index. RMSE: Root Mean Standard Error.

## Resultados objetivo 2

Evaluar el grado de funcionamiento y el grado de salud mental positiva en las personas diagnosticadas de esquizofrenia atendidas a nivel ambulatorio

## 5.2. Resultados objetivo 2.1

Identificar el grado de funcionamiento en las personas diagnosticadas de esquizofrenia atendidas a nivel ambulatorio

El análisis de las puntuaciones medias de la escala FAST para personas diagnosticadas de esquizofrenia atendidas a nivel ambulatorio se muestra en la tabla 21, encontrando que la puntuación media total de la escala fue de 35,716 (DE 11.181).

Para evaluar si las principales variables de nuestra investigación eran independientes, se realizó la comparación de las distribuciones de las medias de las variables cuantitativas en los diferentes grupos establecidos por la variable categórica, utilizando diferentes métodos dependiendo de si la variable principal cuantitativa se distribuía de manera normal o no y si la variable categórica tenía 2 o más de 2 categorías. Dentro de las pruebas paramétricas, cuando la variable categórica tiene 2 categorías se utiliza la prueba de la *T de Student* pero si tiene 3 o más categorías la comparación de medias se realiza a través del análisis de la varianza ANOVA. En las no paramétricas, cuando la variable categórica tiene 2 categorías se utiliza el test U de Mann-Whitney y si son 3 o más grupos la prueba de Kruskal Wallis.

Por tanto, en las pruebas de independencia cuando el p-valor sale significativo ( $p < 0,05$ ) con un 95% de confianza se acepta que hay diferencia estadísticamente significativa en el valor medio de la variable entre los diferentes grupos de la variable categórica.

En el análisis entre las variables sociodemográficas del estudio y la puntuación global de la escala FAST, se encontraron únicamente diferencias estadísticamente significativas con respecto a la puntuación del GAF ( $p=0,000$ )(Tabla 20).

## RESULTADOS OBJETIVO 2.1

Tabla 20. Puntuación media en la escala total FAST según variables sociodemográficas, clínicas y GAF

	n	Media total FAST	DE	p
Total puntuación escala FAST	226	35,716	11,181	0.0001
<b>Género</b>				
Hombre	158	35,67	10,89	0,851**
Mujer	68	35,82	11,92	
<b>Grupos de edad</b>				
Hasta 35 años	63	34,55	9,98	0,294*
De 36 a 50 años	106	36,82	11,51	
Más de 51 años	57	34,94	11,79	
<b>Estado Civil</b>				
Soltero/a	173	36,51	10,78	0,417*
Casado/a	23	35,86	12,31	
En pareja	1	34,00		
Separado/a- Divorciado/a	24	30,75	11,74	
Viudo/a	5	31,60	14,32	
<b>Nivel de estudios</b>				
Estudios primarios	148	35,02	11,17	0,631*
Estudios secundarios	50	36,56	11,43	
Estudios universitarios	12	39,08	11,97	
Sin estudios	16	35,71	10,08	
<b>Con quien vive</b>				
Solo/a	35	35,40	11,63	0,921*
Vive con familia propia	32	35,43	11,46	
Vive con Familia de origen	120	35,52	11,38	
Vive con otros	39	36,82	10,20	
<b>Situación laboral</b>				
Pensionista	168	35,18	11,22	0,608*
Activo	23	37,30	9,04	
Parado	35	37,22	12,24	
<b>Tipo de tratamiento</b>				
Oral	118	35,88	11,82	0,140*
Parenteral	28	32,35	12,98	
Oral y Parenteral	79	36,73	9,31	
<b>Diagnóstico</b>				
Tipo paranoide	198	35,41	11,04	0,140*
Tipo indiferenciado	15	35,40	10,25	
Tipo desorganizado	1	21,00		
Tipo residual	12	42,50	13,02	
<b>Años de evolución de la enfermedad</b>				
Menos de 5	16	33,06	12,77	0,512*
Entre 5-10	53	34,88	8,94	
De 10 a 15	51	36,11	11,41	
Más de 15	106	36,33	11,87	
<b>GAF</b>				
Menor o igual a 50	113	39,04	11,03	0,0001**
Mayor de 50	113	32,38	10,34	

DE: Desviación Estándar GAF: Escala de Funcionamiento Global

\* ANOVA

\*\* T de Student

En el análisis de las diferentes áreas específicas de la escala FAST, con las variables sociodemográficas y clínicas se observaron los siguientes resultados (Tabla 21):

- **Área de autonomía**, se encontraron diferencias significativas en relación con la puntuación del GAF ( $p=0,000$ ) y según el diagnóstico ( $p=0,026$ ) siendo el diagnóstico de esquizofrenia residual el que obtiene mayor puntuación.
- **Área de funcionamiento laboral**, se encontraron diferencias significativas en relación con la puntuación del GAF ( $p=0,036$ ) y según el diagnóstico ( $p=0,011$ ). El resto de las variables obtuvieron no diferencias estadísticamente significativas.
- **Área de funcionamiento cognitivo**, se encontraron diferencias significativas en relación con la puntuación del GAF ( $p=0,043$ ). Con el resto de las variables no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas.
- **Área de aspectos financieros**, se encontraron diferencias significativas en relación con el estado civil ( $p=0,007$ ), siendo los solteros los que obtienen una puntuación más elevada. Se presentan diferencias estadísticamente significativas en la puntuación del GAF ( $p=0,006$ ) con valores inferiores o iguales a 50.
- **Área de relaciones interpersonales**, se encontraron diferencias significativas en relación con la puntuación del GAF ( $p=0,000$ ), y con el resto de las variables no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas.
- **Área de ocio**, se encontraron diferencias significativas en relación con la situación laboral ( $p=0,007$ ) siendo los que se encuentran en paro, los que presentan mayores puntuaciones, comportando dificultades para llevar a cabo actividades físicas y para mantener aficiones y hobbies. Al igual que la puntuación del GAF ( $p=0,000$ ) donde los que tienen puntuaciones más elevadas son aquellos pacientes que presentan un GAF igual o inferior a 50. Con el resto de las variables no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 21. Puntuaciones medias en cada factor de la escala FAST, según variables sociodemográficas y GAF

	Factor 1 Autonomía				Factor 2 Funcionamiento laboral			Factor 3 Funcionamiento cognitivo			Factor 4 Finanzas			Factor 5 Relaciones interpersonales			Factor 6 Ocio		
	n	Media	DE	p	Media	DE	p	Media	DE	p	Media	DE	p	Media	DE	p	Media	DE	p
<b>Total puntuación escala FAST</b>	<b>226</b>	<b>35,71</b>	<b>11,18</b>	<b>0.0001</b>															
<b>Genero</b>																			
Hombre	158	4,20	2,66	,514**	13,,70	3,51	,786**	6,50	3,30	,911**	1,86	1,77	,751**	6,12	3,50	,605**	3,25	1,84	,404**
Mujer	68	4,08	3,14		13,98	2,96		6,66	3,37		1,85	1,92		6,20	3,28		3,02	2,27	
<b>Grupos de edad</b>																			
Hasta 35 años	63	3,9	2,460	,451*	13,87	3,14	,996*	6,09	3,30	,168*	1,63	1,70	,518*	5,90	3,52	,559*	3,14	1,83	,547*
De 36 a 50 años	106	4,41	2,88		13,70	3,56		7,03	3,37		1,96	1,79		6,37	3,30		3,32	2,10	
Más de 51 años	57	4,01	3,02		13,85	3,21		6,15	3,16		1,92	1,98		6,00	3,58		2,98	1,91	
<b>Estado Civil</b>																			
Soltero/a	173	4,38	2,81	,186*	14,08	2,90	,090*	6,57	3,29	,515	2,05	1,84	,007*	6,18	3,55	,111*	3,22	1,97	,935*
Casado/a	23	4,04	3,02		13,17	4,09		7,04	3,54		1,82	1,94		6,82	2,75		2,95	1,98	
En pareja	1	2,00	.		15,00	.		9,00	.		1,00	.		3,00	.		4,00	.	
Separado/a-Divorciado/a	24	2,95	2,42		13,04	4,12		5,75	3,50		,91	1,21		4,95	3,01		3,12	2,17	
Viudo/a	5	3,60	2,30		9,80	7,12		6,80	2,86		,20	,447		8,20	2,58		3,00	2,00	
<b>Nivel de estudios</b>																			
Estudios primarios	148	4,08	2,73	,785*	13,54	3,66	,458*	6,54	3,26	,692*	1,77	1,80	,759*	6,06	3,41	,518*	3,02	1,91	,360*
Estudios secundarios	50	4,48	2,98		14,14	2,95		6,46	3,47		2,08	1,87		5,98	3,54		3,42	2,17	
Estudios universitarios	12	4,50	2,96		14,58	1,44		7,41	3,98		1,91	1,72		7,00	3,43		3,66	1,87	
Sin estudios	16	3,81	2,99		14,43	2,25		6,25	3,08		1,93	1,94		6,87	3,42		3,62	2,06	
<b>Con quien vive</b>																			
Solo/a	35	3,88	2,78	,206*	13,31	4,22	,824*	6,68	2,95	,775*	1,77	1,95	,073*	6,68	2,92	,692*	3,05	1,92	,471*
Vive con familia propia	32	3,81	2,98		14,12	2,81		6,9375	3,37		1,25	1,68		6,18	3,26		3,12	2,21	
Vive con Familia de origen	120	4,06	2,72		13,70	3,45		6,42	3,54		1,95	1,81		6,01	3,50		3,35	1,98	
Vive con otros	39	5,05	2,85		14,20	2,50		6,51	2,94		2,17	1,76		6,05	3,82		2,82	1,84	

## RESULTADOS OBJETIVO 2.1

Situación laboral																			
Pensionista	168	4,19	2,75		13,75	3,42		6,45	3,17		1,84	1,82		5,94	3,38		2,98	2,01	
Activo	23	4,26	2,95	,773*	14,04	2,80	,984*	6,73	2,98	,766*	2,52	1,70	,057*	6,52	3,31	,378*	3,21	1,62	,007*
Parado	35	4,00	3,04		13,80	3,4		6,91	4,20		1,51	1,80		6,88	3,70		4,11	1,81	
Tipo de tratamiento																			
Oral	118	4,35	3,05		13,78	3,44		6,62	3,53		1,76	1,64		6,27	3,45		3,08	1,98	
Parenteral	28	4,35	3,05	,138*	13,78	3,44	,608*	5,60	3,96	,252*	1,42	1,85	,134*	5,75	3,86	,745*	3,14	1,95	,654*
Oral y Parenteral	79	4,22	2,35		14,00	2,91		6,79	2,69		2,17	2,02		6,16	3,25		3,36	2,00	
Diagnóstico																			
Tipo paranoide	198	4,03	2,76		13,73	3,39		6,57	3,28		1,81	1,78		6,07	3,43		3,18	1,96	
Tipo indiferenciado	15	4,66	2,66		14,33	2,58		5,53	3,33		2,13	1,76		6,20	2,78		2,53	2,13	
Tipo desorganizado	1	,00	.	,026*	2,00	.	,011*	7,00	.	,554*	,00	.	,435*	6,00	.	,751*	6,00	.	,223
Tipo residual	12	6,16	2,94		15,00	,00		7,41	4,01		2,50	2,43		7,33	4,20		3,83	1,85	
Años de evolución de la enfermedad																			
Menos de 5	16	3,18	2,61		12,00	4,83		6,50	3,40		2,12	1,96		6,06	3,85		3,18	1,72	
Entre 5-10	53	3,98	2,42	,311*	13,75	3,37	,052*	6,67	2,94	,919*	1,52	1,55	,476*	5,84	2,78	,873*	3,09	1,91	,947
De 10 a 15	51	4,23	2,99		13,49	3,68		6,60	2,95		2,09	1,86		6,35	3,31		3,33	2,14	
Más de 15	106	4,38	2,91		14,22	2,81		6,47	3,68		1,87	1,89		6,21	3,73		3,16	1,99	
GAF																			
Menor o igual a 50	113	4,88	2,80		14,29	2,53		7,01	3,39		2,21	1,92		6,98	3,61		3,65	1,97	
Mayor de 50	113	3,46	2,63	,000**	13,29	3,95	,036**	6,08	3,19	,043**	1,51	1,64	,006**	5,31	3,03	,000**	2,71	1,88	,000**

### 5.3. Resultados objetivo 2.2

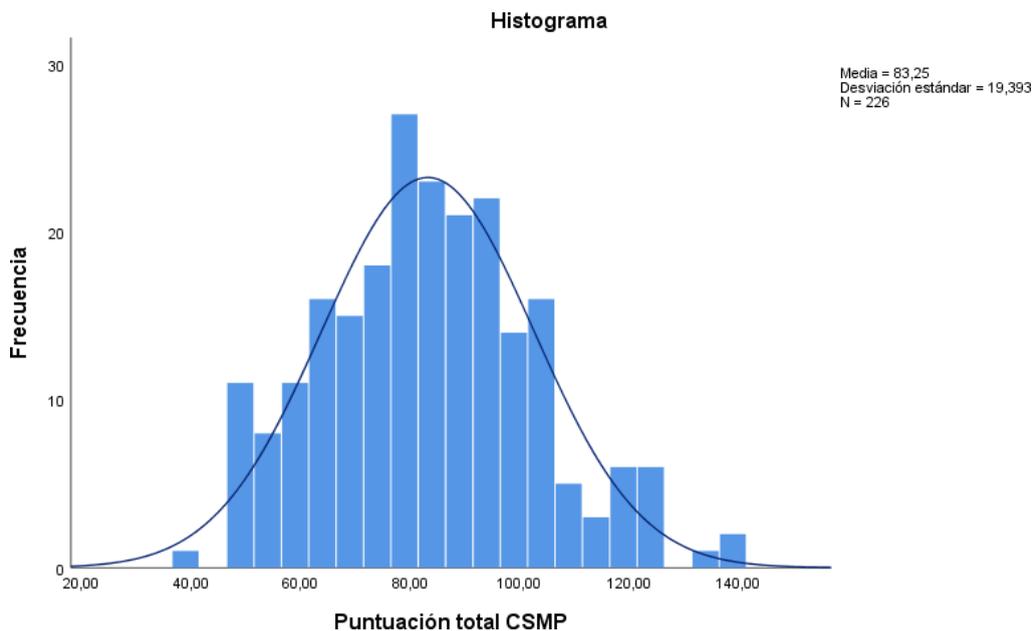
Analizar la correlación entre el grado de funcionamiento y el grado de salud mental positiva de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia atendidos a nivel ambulatorio.

Se analizaron los valores descriptivos de la SMP de la muestra de nuestro estudio y posteriormente se realizaron las correlaciones entre la SMP y la escala FAST.

#### Valores descriptivos del Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSMP)

Antes de mostrar los resultados de este objetivo, recordaremos que la puntuación total del CSMP va de 39 a 156, donde los valores elevados se asocian con un mayor nivel de salud mental positiva. La distribución fue platicúrtica con una curtosis negativa de (-0.118) y una asimetría positiva de (0.263) (Gráfico 8).

Gráfico 8. Histograma de frecuencias de la puntuación total CSMP



La puntuación total media del CSMP fue de 83,25 (DE 19.39) y la mediana fue de 83,00 siendo la puntuación mínima de 39 puntos y la máxima de 140 puntos (Tabla 22).

Tabla 22. Estadísticos descriptivos del CSMP por factores

	n	Mínimo	Máximo	Media	DE
<b>CSMP Puntuación total</b>	226	39	140	83,25	19,39
Factor 1 CSMP		8	32	15,67	5,44
Factor 2 CSMP		5	18	9,79	3,04
Factor 3 CSMP		5	20	11,45	3,37
Factor 4 CSMP		5	20	11,05	3,57
Factor 5 CSMP		9	34	19,42	5,85
Factor 6 CSMP		7	28	15,88	4,42

**DE:** Desviación estándar

**CSMP:** Cuestionario de Salud Mental Positiva.

Las puntuaciones medias más altas las presentaron las siguientes categorías: las mujeres con una puntuación media de 85,87 (DE 21,29); los solteros tienen una puntuación media de 85,23 (DE 18,94) con respecto a los casados que obtuvieron una puntuación media de 77,60 (DE 19,89); los que viven con otros (recursos residenciales o con soporte) tienen una puntuación media de 85,56 (DE 17,04) con respecto a los que viven con su propia familia que obtuvieron las puntuaciones medias más bajas 78,31 (DE 17,77); aquellos que tiene estudios universitarios obtuvieron una puntuación media de 86,41 (DE 24,10), seguidos de los que no tienen estudios con una puntuación media de 85,43 (DE 17,95); los que tienen una evolución de 10 a 15 años de la enfermedad tienen una media de 86,80 (DE 20,20); los que tienen el diagnóstico de esquizofrenia paranoide tienen una media de 83,45 (DE 19,66); los que toman medicación oral una media de 84,99 (DE 20,45) y finalmente los que presentaban un GAF menor o igual a 50, con una media de 86,43 (DE 18,89).

Únicamente presentaron diferencias estadísticamente significativas las variables de estado civil ( $p=0,048$ ) donde los solteros obtuvieron un nivel más elevado de SMP 85,23 (DE 18.94) y en la variable GAF ( $p=0,016$ ) donde los que presentaron una puntuación GAF igual o menor a 50 puntuaron con una media de 86,43 puntos (DE 18.99) (Tabla 23).

## RESULTADOS OBJETIVO 2.2

Tabla 23. Puntuaciones medias en el CSMP, según variables sociodemográficas y GAF n=226

	n	Media total del CSMP	DE	p
<b>Total puntuación CSMP</b>	<b>226</b>	<b>83,25</b>	<b>19,39</b>	
<b>Género</b>				
Hombre	158	82,12	18,47	,262**
Mujer	68	85,85	21,29	
<b>Edad</b>				
Hasta 35 años	63	82,79	19,37	,199*
De 36 a 50 años	106	85,22	18,51	
Más de 51 años	57	80,08	20,85	
<b>Estado Civil</b>				
Soltero/a	173	85,23	18,94	,048*
Casado/a	23	77,60	19,89	
En pareja	1	92,00		
Separado/a- Divorciado/a	24	74,29	20,46	
Viudo/a	5	82,00	16,82	
<b>Nivel de estudios</b>				
Estudios primarios	148	83,46	18,88	,856*
Estudios secundarios	50	81,16	20,48	
Estudios universitarios	12	86,41	24,10	
Sin estudios	16	85,43	17,95	
<b>Con quien vive</b>				
Solo/a	35	83,14	22,52	,434*
Vive con familia propia	32	78,31	17,77	
Vive con Familia de origen	120	83,85	19,55	
Vive con otros	39	85,56	17,04	
<b>Situación laboral</b>				
Pensionista	168	82,51	19,05	,507*
Activo	23	87,73	18,16	
Parado	35	83,85	21,77	
<b>Tipo de tratamiento</b>				
Oral	118	84,99	20,45	,229*
Parenteral	28	76,89	18,33	
Oral y Parenteral	79	82,96	17,18	
<b>Diagnóstico</b>				
Tipo paranoide	198	83,45	19,66	,229*
Tipo indiferenciado	15	80,33	18,49	
Tipo desorganizado	1	85,00		
Tipo residual	12	83,33	17,81	
<b>Años de evolución de la enfermedad</b>				
Menos de 5	16	83,43	20,13	,627*
Entre 5-10	53	80,77	19,22	
De 10 a 15	51	86,80	20,20	
Más de 15	106	82,75	19,00	
<b>GAF</b>				
Menor o igual a 50	113	86,43	18,89	,016**
Mayor de 50	113	80,07	19,44	

\* ANOVA

\*\* T student

Se analizó la relación entre las subescalas del CSMP con las distintas variables sociodemográficas y clínicas, los resultados que se obtuvieron se muestran en la tabla 24.

Tabla 24. Puntuaciones medias en cada subescala del CSMP, según variables sociodemográficas y GAF

	Satisfacción personal				Actitud Prosocial			Autocontrol			Autonomía			Resolución de problemas y autoactualización			Habilidades de relación interpersonal		
	n	Media	DE	p	Media	DE	p	Media	DE	p	Media	DE	p	Media	DE	p	Media	DE	p
<b>Total puntuación CSMP</b>	<b>226</b>	<b>83,25</b>	<b>19,39</b>																
<b>Genero</b>																			
Hombre	158	15,32	5,01	,350**	9,62	2,88	,413**	11,18	3,32	,071**	11,06	3,57	,822**	19,18	5,52	,552**	15,73	4,28	,571**
Mujer	68	16,48	6,28		10,17	3,51		12,04	3,41		11,01	3,58		19,94	6,56		16,20	4,75	
<b>Grupos de edad</b>																			
Hasta 35 años	63	15,66	5,56	,746*	9,74	3,30	,774*	11,42	3,41	,371*	11,20	3,50	,155*	18,68	5,63	,043*	16,06	4,01	,383*
De 36 a 50 años	106	15,91	5,47		9,88	2,84		11,68	3,24		11,33	3,61		20,33	5,77		16,06	4,60	
Más de 51 años	57	15,28	5,32		9,66	3,14		11,01	3,55		10,35	3,53		18,50	6,06		15,31	4,54	
<b>Estado Civil</b>																			
Soltero/a	173	16,07	5,17	,041*	10,00	3,08	,319*	11,74	3,34	,243*	11,36	3,54	,061*	19,84	5,84	,347*	16,19	4,41	,131*
Casado/a	23	14,56	6,47		9,39	3,05		10,39	3,53		10,00	3,555		17,95	5,55		15,30	4,45	
En pareja	1	20,00			7,00			12,00			11,00			22,00			20,00		
Separado/a-Divorciado/a	24	13,66	5,13		8,87	2,77		10,29	3,35		9,58	3,57		17,95	6,34		13,91	4,06	
Viudo/a	5	15,60	9,39		9,20	2,16		11,40	2,30		12,00	3,08		17,80	4,32		16,00	4,94	
<b>Nivel de estudios</b>																			
Estudios primarios	148	15,80	5,38	,918*	9,62	2,87	,159*	11,44	3,41	,995*	11,14	3,46	,825*	19,43	5,98	,757*	16,00	4,00	,262*
Estudios secundarios	50	15,36	5,34		9,64	3,40		11,50	3,38		10,74	3,77		18,80	5,56		15,12	5,45	
Estudios universitarios	12	15,16	5,62		11,50	3,31		11,08	3,47		11,41	4,39		20,25	5,81		17,00	4,36	
Sin estudios	16	15,81	6,54		10,50	2,96		11,56	3,01		10,87	3,53		20,50	5,77		16,18	4,38	
<b>Con quien vive</b>																			
Solo/a	35	15,74	5,48	,493*	10,00	3,42	,123*	11,37	3,71	,919*	10,40	3,77	,182*	19,62	6,57	,623*	16,00	4,50	,434*
Vive con familia propia	32	14,75	5,79		8,87	2,83		10,96	3,21		10,15	3,65		18,75	5,32		14,81	4,33	
Vive con Familia de origen	120	16,14	5,73		9,73	3,02		11,54	3,40		11,35	3,47		19,16	5,76		15,91	4,62	
Vive con otros	39	14,92	4,02		10,53	2,78		11,61	3,12		11,43	3,55		20,53	5,88		16,51	3,73	

## RESULTADOS OBJETIVO 2.2

Situación laboral																			
Pensionista	168	15,54	5,31		9,77	2,89		11,29	3,41		10,94	3,53		19,14	5,81		15,81	4,44	
Activo	23	16,26	5,18	,749*	9,91	3,59	,942*	12,95	3,28	,092	11,56	3,15	,705*	20,78	5,59	,402*	16,26	3,50	,762*
Parado	35	15,91	6,28		9,80	3,43		11,17	3,02		11,22	4,05		19,82	6,17		15,91	4,93	
Tipo de tratamiento																			
Oral	118	16,27	5,68		9,88	3,17		11,60	3,34		11,34	3,70		19,84	5,90		16,18	4,77	
Parenteral	28	13,32	5,12	,017*	9,82	2,84	,809*	11,03	2,72	,716*	10,14	3,78	,259*	17,64	6,08	,216*	14,92	3,92	,542*
Oral y Parenteral	79	15,86	5,04		9,60	2,92		11,40	3,61		10,88	3,26		19,41	5,66		15,78	4,04	
Diagnóstico																			
Tipo paranoide	198	15,71	5,58		9,78	3,06		11,64	3,45		11,07	3,57		19,50	5,77		15,74	4,42	
Tipo indiferenciado	15	15,86	4,45	,779*	9,00	2,80	,299*	10,20	2,51	,096*	10,93	4,06	,457*	17,33	5,92	,634*	17,00	4,91	,917*
Tipo desorganizado	1	18,00			8,00			11,00			12,00			21,00			15,00		
Tipo residual	12	14,50	4,50		11,08	2,81		9,75	2,09		10,75	3,25		20,50	7,09		16,75	3,88	
Años de evolución de la enfermedad																			
Menos de 5	16	16,93	6,08		10,06	3,53		11,00	3,34		10,62	3,32		19,12	5,73		15,68	4,14	
Entre 5-10	53	16,09	6,01	,689*	9,09	2,63	,099*	11,07	3,42	,187*	10,81	3,40	,614*	18,56	5,95	,613*	15,13	3,72	,513*
De 10 a 15	51	15,88	5,30		10,56	2,98		12,45	3,59		11,70	3,83		20,11	5,99		16,07	4,79	
Más de 15	106	15,16	5,12		9,72	3,13		1,21	3,17		10,91	3,56		19,54	5,77		16,17	4,61	
GAF																			
Menor o igual a 50	113	16,15	5,50	,168**	10,40	3,18	,002**	11,70	3,15	,251**	11,59	3,67	,026**	20,13	5,75	,047**	16,43	4,45	,072**
Mayor de 50	113	15,18	5,36		9,17	2,77		11,18	3,55		10,50	3,39		18,69	5,88		15,31	4,34	

Destacamos a continuación los resultados más relevantes en cada una de las subescalas del CSMP:

- **Satisfacción personal**, se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en la variable estado civil ( $p=0,041$ ), siendo los solteros los que obtiene mejor SMP, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable tipo de tratamiento ( $p=0,017$ ), donde aquellos que están con tratamiento oral, obtuvieron las mejores puntuaciones seguidos por los que llevaban tratamiento oral y parenteral. Obtuvieron mayor puntuación los individuos de edades comprendidas entre los 36 y 50 años solteros o en pareja, los que convivían con su familia de origen, los que no tenían estudios y aquellos que estaban activos laboralmente. Puntaron mejor aquellos sujetos que obtuvieron una puntuación en la escala GAF menor o igual a 50, una evolución de menos de 5 años del trastorno y que estaban con tratamiento oral.
- **Actitud prosocial**, se encontraron que las mayores puntuaciones se situaban en la franja de 36 a 50 años, mujeres, de estado civil soltero, que convivían con otros. En este factor se encontraron diferencias estadísticamente significativas únicamente en la variable GAF ( $p=0,002$ ).
- **Autocontrol**, obtuvieron mayor puntuación los que se encontraban entre los 36 y los 50 años, que convivían con otros y que no tenían estudios, pero estaban laboralmente activos. En esta variable no existieron diferencias estadísticamente significativas.
- **Autonomía**, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable GAF ( $p=0,026$ ). Puntaron con mayores niveles de SMP aquellos pacientes que presentaban un GAF igual o inferior a 50.
- **Resolución de problemas y autoactualización**, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en la variable edad ( $p=0,043$ ), puntuando con mayores niveles de salud mental positiva

aquellos que se encontraban entre los 36 y 50 años y en la variable GAF ( $p=0,047$ ) donde los que tenían un GAF inferior o menor a 50, obtuvieron unos mayores niveles de SMP.

- **Habilidades de relación interpersonal**, no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas, en ninguna de las variables.

**Correlación entre el grado de funcionamiento y el grado de salud mental positiva.**

La correlación se refiere al grado de variación conjunta existente entre dos o más variables. Cuando la distribución de ambas variables es normal se utiliza la correlación de Pearson, en caso contrario se utiliza la correlación de Spearman. En nuestra investigación hemos utilizado la correlación de Pearson ya que las dos variables globales tienen distribución normal, es decir el p-valor salió que era no significativo ( $p>0,05$ ) (Tabla 25).

*Tabla 25. Pruebas de normalidad entre los constructos globales FAST y CSMP*

	Kolmogórov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Fast Total	,058	226	,064
SM Puntuación total	,038	226	,200

La correlación entre la FAST y la SMP como constructos globales obtuvo un valor positivo moderado de ( $r =0,610$ ), indicando que ambas variables se comportan de manera similar. Los resultados obtenidos del análisis de correlación entre factores específicos de la escala FAST y los diferentes factores del CSMP, se representan en la tabla 26. Los resultados obtenidos son favorables.

De forma gráfica se muestra el esquema de como correlacionan ambos constructos (FAST y SMP) en la Figura 4. Esta figura es una adaptación del Modelo Bidireccional de Relaciones entre los Requisitos de Autocuidado y la Salud Mental Positiva de Miguel Ruiz, M.D (2014).

## RESULTADOS OBJETIVO 2.2

Tabla 26. Análisis de correlación entre los factores la escala FAST y los diferentes factores específicos del CSMP

FAST		Factor 1 SM Satisfacción personal	Factor 2 SM Actitud prosocial	Factor 3 SM Autocontrol	Factor 4 SM Autonomía	Factor 5 SM Resolución de problemas y autoactualización	Factor 6 SM Habilidades de relación interpersonal	SM+ Puntuación total
F1 Autonomía	r	,357**	,374**	,199**	,407**	,366**	,357**	,460**
	p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,003</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
F2 Funcionamiento laboral	r	0,124	0,067	0,111	0,084	0,067	,182**	,142*
	p	0,064	0,315	0,097	0,208	0,313	<b>0,006</b>	<b>0,033</b>
F3 Funcionamiento cognitivo	r	,368**	,439**	,296**	,395**	,403**	,401**	,509**
	p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
F4 Finanzas	r	,272**	,344**	,245**	,328**	,342**	,174**	,376**
	p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,009</b>	<b>0,000</b>
F5 Relaciones Interpersonales	r	,417**	,456**	,307**	,410**	,455**	,562**	,583**
	p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
F6 Ocio	r	,261**	,222**	,163*	,209**	,331**	,301**	,344**
	p	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>	<b>0,014</b>	<b>0,002</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
Puntuación Total	r	,455**	,480**	,334**	,461**	,486**	,518**	,610**
	p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

\* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

r Correlación de Pearson p Sig. (Bilateral) x

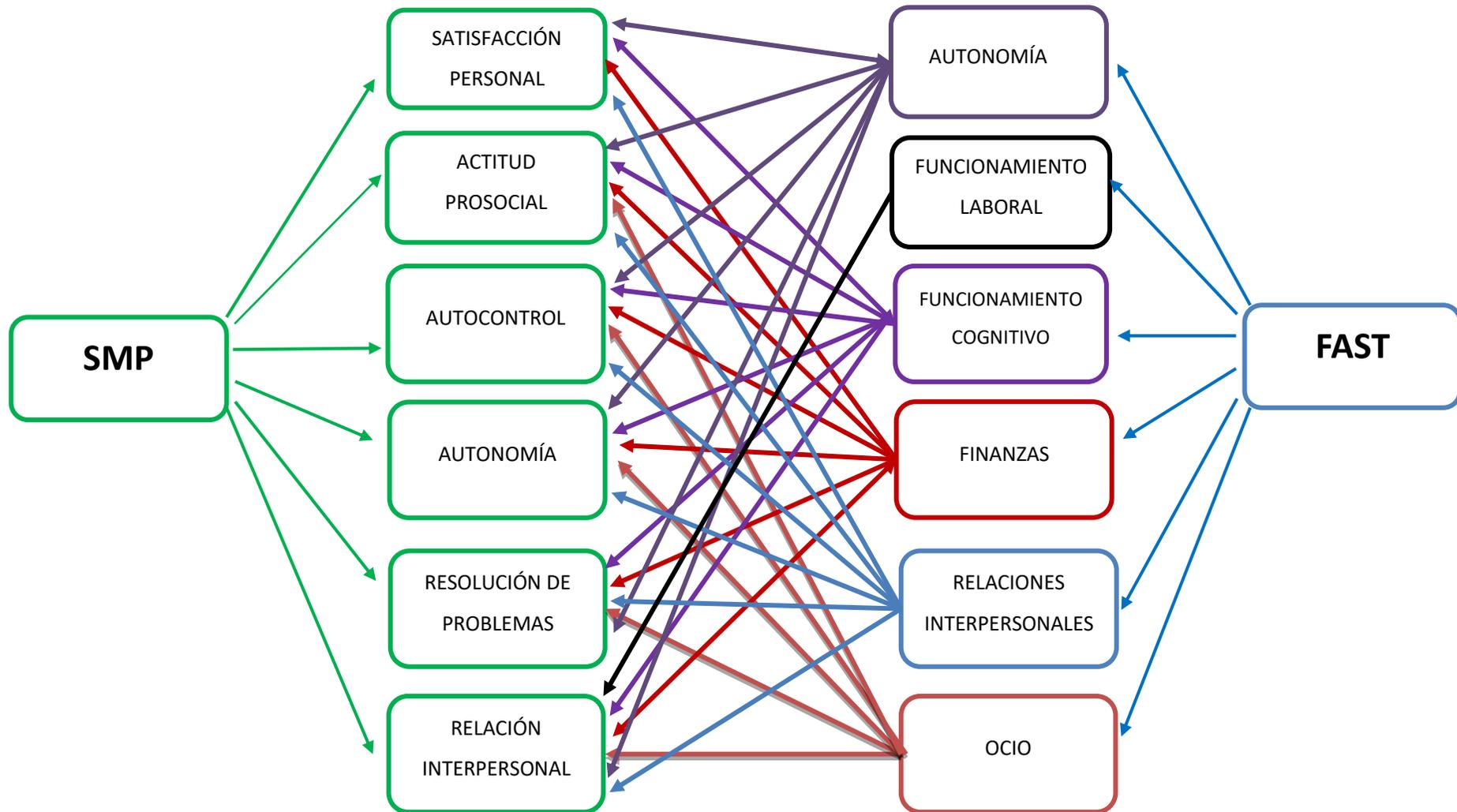


Figura 4. Modelo Bidireccional de relación entre los factores de la escala FAST y los factores de la SMP

**Fuente:** Adaptado de Miguel Ruiz, M.D (2014). Valoración de la Salud Mental Positiva y de los requisitos de Autocuidado en pacientes hospitalizados diagnosticados de Esquizofrenia, según la Teoría de Enfermería de Dorothea Orem (Tesis doctoral) Universitat de Barcelona, Barcelona.

## RESULTADOS OBJETIVO 2.2

En la figura 4, observamos la correlación entre las diferentes áreas de la escala FAST y los factores específicos del CSMP, los resultados muestran que los factores autonomía, funcionamiento cognitivo, finanzas, relaciones interpersonales y ocio correlacionan de manera significativa con cada uno de los factores de la SMP. El factor de funcionamiento laboral, de la escala FAST, únicamente presentó correlación significativa en el factor 6 habilidades de relación interpersonal de la SMP.

## 6. Discusión de los Resultados

En el ámbito de la psiquiatría los pacientes diagnosticados de esquizofrenia manifiestan discapacidades funcionales a nivel social y ocupacional en múltiples dominios de su vida (Autonomía, funcionamiento laboral, funcionamiento cognitivo, área financiera, relaciones interpersonales y ocio/tiempo libre) en comparación de lo que se podría esperar en sus niveles de funcionamiento premórbido. En la revisión bibliográfica existen múltiples estudios que se centran en la mejoría de los síntomas, así como estudios que refieren que el deterioro del funcionamiento no es significativamente diferente entre pacientes con un primer episodio y aquellos que han tenido múltiples episodios.

Este es un dato decisivo para poder llevar a cabo un replanteamiento en los diferentes enfoques terapéuticos, que pivotan principalmente en el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Pero estos no son los únicos enfoques ya que en el proceso rehabilitador de estos pacientes es muy importante poder llevar a cabo una buena valoración del funcionamiento, mediante la adecuación de instrumentos que sean válidos y fiables, que nos ayuden a garantizar un mejor pronóstico y diseño de tratamientos que sean más personalizados.

Para facilitar el orden de la discusión, está la hemos organizado siguiendo la estructura general de los objetivos planteados en esta investigación, **el primer objetivo general** fue validar la escala de funcionamiento breve (FAST) en personas diagnosticadas de esquizofrenia, atendidas en la comunidad. En cuanto a las propiedades psicométricas de la escala, destacamos que la validación de un instrumento es considerada como un proceso continuo y dinámico, que se lleva a cabo para analizar la fiabilidad de la escala y que va adquiriendo mayor fortaleza a medida que se evalúa en diferentes poblaciones.

En el estudio de validación de la escala que se realizó en el programa de Trastorno Bipolar por Rosa (Rosa et al., 2007), la consistencia interna obtenida fue muy alta con un alfa de Cronbach de 0,909. Se obtuvo una correlación negativa altamente significativa con GAF ( $r = -0,903$ ;  $p < 0,001$ ) que apunta a un

grado razonable de validez concurrente. El análisis de fiabilidad test-retest mostró una fuerte correlación entre las dos medidas llevadas a cabo con una semana de diferencia ( $CCI = 0,98$ ;  $p < 0,001$ ). Las puntuaciones totales de FAST fueron menores en los pacientes eutímicos ( $18,55 \pm 13,19$ ;  $F = 35,43$ ;  $p < 0,001$ ), en comparación con los pacientes maníacos ( $40,44 \pm 9,15$ ) y depresivos ( $43,21 \pm 13,34$ ). El estudio de la estructura interna de la FAST, determinó una estructura de cinco factores. En el análisis se observó que los dominios de relación interpersonal y tiempo libre se están agrupaban en el mismo factor.

En nuestra investigación la consistencia interna fue de 0,87, para el total de la escala indicando que los ítems son homogéneos. La bibliografía refiere que en instrumentos que tengan más de 20 ítems, se debe calcular la consistencia interna para cada subescala que configure el instrumento (Jaju y Crask, 1999). La Consistencia interna para cada uno de los factores, obtuvo valores superiores a 0,70, excepto en el factor de relaciones interpersonales que se obtuvo un valor de 0,61 y en el factor ocio, que obtuvo un valor de 0,66. En cuanto al coeficiente de correlación intraclass (CCI) test-retest se obtuvo un 0,864 para la escala global y valores comprendidos entre el 0,74 y 0,92, para las diferentes dimensiones. En cuanto a la validez concurrente, la FAST mostró una correlación negativa ( $- 0,324$ ) con la escala GAF que es el principal instrumento para evaluar el nivel actual de funcionamiento. La GAF da puntuaciones de 0 a 100, que especifican los intervalos para evaluar el ajuste general del funcionamiento psicosocial, donde las puntuaciones más altas de GAF representan un mejor funcionamiento psicosocial. En oposición al GAF, la FAST evalúa dominios específicos de funcionamiento y también identifica el nivel de deterioro en cada área; las puntuaciones más elevadas representan una discapacidad más alta, por lo que se esperaba una correlación negativa.

En el estudio realizado por Zortéa (Zortéa et al., 2012), en el que validó la versión brasileña de la escala FAST en pacientes con esquizofrenia, el alfa de Cronbach obtuvo un 0,88 para el global de la escala y el coeficiente de

correlación intraclase (CCI) test-retest fue de 0,93 con un intervalo del 95%, para la escala global y para las diferentes dimensiones se hallaba entre el 0,81 y 0,97. Al igual que en nuestro estudio la correlación con la escala GAF fue negativa -0,71. En el caso de Zortéa su muestra incluía 107 pacientes comparándolos con un grupo control de 108 sujetos que fueron evaluados con la versión para no pacientes de la entrevista clínica no estructurada que excluía a aquellos que pudieran tener morbilidad psiquiátrica y los que fueran familiares de primer grado con trastorno psiquiátrico. En cuanto al test retest únicamente lo realizó con 19 pacientes.

La FAST, se validó en una muestra de 212 pacientes con un primer episodio de psicosis no afectiva (Amoretti et al., 2021), donde demostró una consistencia interna adecuada de un alfa de Cronbach de 0,882, del mismo modo la validez concurrente con la escala GAF fue negativa -0.754. La estructura interna determinó una estructura de 6 factores, explicando una varianza total del 62,19%, mostrando un índice de adecuación del Kaiser-Meyer Olkin de 0,952, siendo este similar al valor que toma en nuestro caso 0,846.

En el estudio realizado por Bonnín (Bonnín et al., 2018) sobre los umbrales de gravedad, remisión y recuperación del trastorno bipolar, la correlación entre la FAST y la GAF presenta una correlación negativa -0,89.

Por tanto, los resultados obtenidos demuestran que las propiedades psicométricas en términos de consistencia interna, (estabilidad temporal) test retest, validez convergente y validez de constructo (análisis factorial), son adecuados y similares a los estudios anteriormente comentados, confirmando que la escala breve de funcionamiento (FAST) reúne las características psicométricas adecuadas siendo un instrumento fiable, valido y sensible para detectar el nivel de funcionamiento en pacientes diagnosticados de esquizofrenia atendidos en la comunidad.

En segundo objetivo general, generó a su vez dos objetivos específicos, el

primero, evaluar el grado de funcionamiento en personas diagnosticadas de esquizofrenia atendidas a nivel ambulatorio.

Existen pocos estudios que hayan evaluado el funcionamiento de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia mediante la escala FAST y en los existentes las muestras son pequeñas (Abaoğlu et al., 2020; Jiménez-López et al., 2018; Osorio-Martínez, 2017; Zortéa et al., 2012).

El promedio de la puntuación de la escala FAST en nuestro estudio es de 35,72 (DE 11,18), con un valor mínimo de 8 y un máximo de 68, en la muestra en general. Esta puntuación es similar a la obtenida por Jiménez-López et al. (2018), donde la puntuación media de la FAST de su muestra en la escala FAST es de 34,4 (DE 17,8) (Jiménez-López et al., 2018).

Aun así, nuestros resultados coinciden con estos estudios en los siguientes aspectos:

La muestra pertenece en un alto porcentaje al sexo masculino, aunque no hallamos diferencias significativas en el funcionamiento social entre hombres y mujeres. Observamos puntuaciones que indican un mayor nivel de funcionamiento tanto a nivel global como de las áreas específicas, excepto en el factor autonomía y en el factor ocio, donde es más elevado en los hombres que en las mujeres. Estos datos apuntan en la dirección de los hallados por otros autores que afirman que el funcionamiento social es mejor en mujeres que en hombres con esquizofrenia (Ochoa et al., 2006; Usall et al., 2001, 2007), aunque no hayamos encontrado en nuestro caso significación estadística de estas diferencias. No obstante, existen estudios en los que no se encuentra esta ventaja respecto a un mejor funcionamiento social de las mujeres con esquizofrenia (Mueser et al., 2010).

En cuanto a la edad, predomina la franja situada entre los 36 a 50 años, pero no se hallan diferencias significativas en el funcionamiento de los pacientes con esquizofrenia en función de la edad, lo cual corrobora los resultados encontrados por autores que afirman que la mayoría de variables sociodemográficas no parecen tener impacto significativo en el funcionamiento

social en personas con esquizofrenia (Xiang et al., 2010).

Respecto al nivel de estudios, no encontramos diferencias significativas ni a nivel global ni tampoco a nivel de factores específicos, aunque los estudios corroboran que a mayor nivel educativo mejor funcionamiento, nuestros resultados son contradictorios ya que son los que tienen estudios universitarios los que presentan un funcionamiento más deficitario 39,08 (DE=11,97). No obstante, debemos señalar como posible causa la desigualdad en el tamaño de este grupo, ya que son un número muy reducido de casos y esto podría influir de alguna manera en los resultados obtenidos dificultando su generalización.

En cuanto al núcleo de convivencia, no se hallan diferencias significativas en ni en el funcionamiento global, ni tampoco en los diferentes factores específicos. Si bien, presentan mejores puntuaciones aquellos individuos que conviven solos, o que han constituido su propia familia. Esto podría ser debido a que vivir de forma autónoma en la comunidad, requiere de mayores habilidades y capacidades para la vida independiente y del manejo de los recursos para dar respuesta a las diferentes situaciones que se van planteando en la cotidianidad ya que aquellos que viven con otros o con su familia de origen, cuentan con un mayor apoyo y supervisión constante.

Tampoco se hallan, diferencias significativas en el diagnóstico que presentan. Los que presentan, peor funcionamiento es aquellos que están diagnosticados de Esquizofrenia Residual 42,50 (DE=13,02), seguidos de la esquizofrenia paranoide 35,41 (DE=10,25) que son los participantes con mayor número (n=198).

Comparando con en el estudio publicado por Costa (Costa et al., 2014), donde comparan también puntuaciones en función de los años de evolución vemos que aquellos pacientes que tienen una evolución de hasta 5 años, muestran una puntuación media de 31, que es muy similar a la obtenida en nuestro estudio 33,06 (DE 12,77), siendo aquellos que tienen una evolución de más de 15 años

los que obtienen puntuaciones más altas. Este dato nos muestra que los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, tienen peores resultados funcionales en comparación con otros trastornos psicóticos (Velthorst et al., 2017). Por tanto, se observó que las variables sociodemográficas no tienen impacto en el funcionamiento global al no existir diferencias significativas, entre ninguna de ellas. Esto corrobora lo que refieren algunos estudios (Xiang et al., 2010).

En cuanto a las diferentes áreas de funcionamiento los participantes presentan peores puntuaciones globales en el área de funcionamiento laboral (13,79 DE 3,35). Dentro de esta puntuación, el 74.3% de la muestra es pensionista y solo están activos laboralmente (10,2%), pero presentan peor nivel de funcionamiento con un 37,30 (DE 9,04). Esto se debe a que las personas que padecen esquizofrenia y requieren llevar a cabo una atención sostenida, manifiestan carencias, lo que comporta errores de comisión u omisión. Se ha comprobado que estos pacientes presentan un marcado déficit en esta habilidad incluso bajo las condiciones más favorables. Esta alteración se considera un trastorno característico de la esquizofrenia, puesto que se presenta casi en el 50% de los sujetos con este diagnóstico. No obstante, y a pesar de su importancia, no se puede considerar como un déficit específico de la esquizofrenia (Wolnik, 2018). Del mismo modo se considera que cuando las tareas que realizan exigen una capacidad atencional mínima, no presentan déficit de atención (Ruíz-Vargas y Castilla del Pino, 1992). Es quizás por este motivo que aquellos pacientes que tienen una situación de cobro de prestación tienen mejor puntuación en funcionamiento 35,18 (DE 11,22).

La siguiente área donde presentan peores puntuaciones es en el área del **funcionamiento cognitivo**, con una puntuación del 6,53 (DE 3,32). El área cognitiva se considera una característica relevante en el trastorno y los déficits en ella no se consideran que estén provocados ni por los síntomas de la enfermedad, ni tampoco por el tratamiento farmacológico, más bien son provocados por los cambios que se producen en el estado clínico (Carrión et al., 2011; Gold, 2004). El impacto del deterioro cognitivo en el funcionamiento del

paciente diagnosticado de esquizofrenia, ha sido objeto de múltiples estudios, sobre todo en aquellos que se han relacionado con la rehabilitación (Howard, 2004; Weisbrod et al., 2013). En el área de deterioro cognitivo se incluyen problemas de concentración, atención y memoria, así como la resolución de problemas y habilidades verbales.

La tercera área donde presentan peor puntuación en el funcionamiento es en **el área de las relaciones interpersonales** 6,15 (DE 3,43), esto es debido a que la esquizofrenia se relaciona con no procesar de manera correcta la información que proporciona el ambiente y que las señales que se producen en la comunicación interpersonal son complejas. En este sentido la pérdida de memoria juega un papel importante, al empeorar el recuerdo de detalles como el aprender nombres y recordarlos hecho que comporta que las amistades se deterioren (P. D. Harvey et al., 1995).

Aunque en el resto de las **áreas de funcionamiento**, como **la autonomía, el ocio y las finanzas**, las puntuaciones son relativamente bajas, es importante destacar que los pacientes diagnosticados de esquizofrenia experimentan déficits en las habilidades sociales de ocupación, en la autonomía y en el autocuidado al igual que en otros estudios (Cohen et al., 2006; Pinkham et al., 2016).

Por tanto, podemos concluir que el grado de funcionamiento del paciente diagnosticado de esquizofrenia de nuestra muestra presenta un nivel de funcionamiento deficitario, en el que las áreas más afectadas son la laboral, la cognitiva y la de las relaciones interpersonales al igual que en otros estudios (Cohen et al., 2006).

El **segundo objetivo específico** marcado fue analizar la correlación entre el grado de funcionamiento y el grado de salud mental positiva de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia atendidos a nivel ambulatorio.

Los resultados descriptivos de la SMP de nuestra muestra son coincidentes con otros estudios (Albacar-Riobóo, 2014; Jeyagurunathan et al., 2017) lo que nos indica que este perfil sociodemográfico es el más común en personas diagnosticadas de esquizofrenia.

En relación a la evaluación global del nivel de SMP, encontramos que a diferencia de otros estudios (Broncano-Bolzoni, González-Carrasco, Lluch-Canut, y Cerdán-Magro, 2013; Granholm et al., 2013; Miguel Ruiz, 2014) , en nuestra investigación las mujeres presentaron mayor salud mental positiva que los hombres, configurando estas únicamente el 30% de la muestra.

En cuanto a las características sociodemográficas, los solteros o los que viven en pareja cuyo estado es la soltería y los que tienen estudios secundarios o universitarios, presentaron mayor puntuación en niveles de SMP, hecho coincidente con otras investigaciones (Albacar-Riobóo, 2014; Miguel Ruiz, 2014).

Al analizar la SMP en cada uno de los factores específicos, encontramos aspectos interesantes. Los resultados obtenidos en el **Factor 1 (Satisfacción Personal)** donde puntuaron mejor aquellos los sujetos que obtuvieron una puntuación en la escala GAF menor o igual a 50, una evolución de menos de 5 años del trastorno y que estaban con tratamiento oral. Estas últimas variables las podríamos relacionar con el nivel de conciencia de enfermedad. Pero encontramos algunos autores que indican que el nivel de SMP, sea positivo o negativo, no guarda relación con el nivel de afectación de patología ya sea esta física (Lluch-Canut, Puig-Llobet, Sánchez-Ortega, Roldán-Merino, Ferré-Grau, et al., 2013; Puig Llobet et al., 2020) o psíquica (Granholm et al., 2013).

En relación al **Factor 2 (Actitud Prosocial)**, referir que es el factor que obtuvo la puntuación más baja de todos los factores específicos. La actitud prosocial es entendida como la actitud de ayuda a los demás la franja de 36 a 50 años, mujeres, de estado civil soltero, que conviven con otros. Estos normalmente

suelen ser pacientes que conviven en pisos tutelados o recursos residenciales, situación que implica el hecho de aceptar y apoyarse en los demás para avanzar en el día a día. En cuanto a que las mujeres puntúan significativamente más alto que los hombres en este factor nuestro estudio es coincidente con otros estudios (Mantas Jiménez et al., 2015; Puig Llobet et al., 2020).

En cuanto al **Factor 3 (Autocontrol)**, es entendido como la tolerancia a la frustración, a la ansiedad y el estrés presentaron mayor puntuación las mujeres.

En el **Factor 4 (Autonomía)**, entendido como la capacidad de tener criterios propios y ser más independientes la única variable que presentó diferencias significativas fue la variable GAF obteniendo mejores puntuaciones aquellos participantes que presentaron un GAF igual o inferior a 50.

En el **Factor 5 (Resolución del problemas y autoactualización)**, obtuvieron puntuaciones más elevadas los solteros, los que tenían estudios universitarios, los que se hallaban en la franja de 36 a 50 años y los que estaban con tratamiento oral. Estos datos pueden sugerir que aquellos individuos que tienen su patología más estabilizada afrontan mejor los problemas, dato coincidente con la investigación de Miguel Ruiz (Miguel Ruiz, 2014). Este es el factor que obtiene una puntuación más elevada en la investigación comparándolo con los otros factores específicos.

Por último, el **Factor 6 (Habilidades de Relación Interpersonal)**, ha sido el segundo factor específico con mayor puntuación. De él destacaremos que los que presentaron puntuaciones más elevadas, fueron las mujeres, los que tenían estudios universitarios, los que vivían con otros y los que tenían una evolución de más de 15 años de evolución.

Existen estudios que plantean la hipótesis de que los pacientes con

enfermedades mentales con niveles más altos de SMP estarían asociados con un mejor funcionamiento general y una mayor satisfacción en la vida (Seow et al., 2016). Seow también demostró que una buena salud mental se asocia con mejores resultados y vale la pena señalar que estas relaciones se mantienen independientemente de la presencia de un trastorno mental. El estudio Midlife Development in the United States (MIDUS) (Ryff y Lachman, 2019) encontró que la salud mental moderada se asociaba significativamente con perfiles superiores de funcionamiento psicosocial, como una mejor percepción de la salud emocional con menos limitaciones generales de la vida diaria y un menor número de días de baja laboral, en comparación con aquellos con estados de salud mental más depresiva.

Pero en nuestro estudio la correlación entre la salud mental positiva y la escala breve de funcionamiento ofrece un valor positivo de ( $r=0,610$ ), indicándonos que ambas variables se comportan de forma similar. Los participantes puntúan de manera elevada en las dos escalas, los sujetos que puntúan alto en FAST tienden a puntuar alto en SMP y a la inversa, los que puntúan bajo en FAST tienden a puntuar bajo en SMP, lo que significa que aquellos participantes que tienen dificultades de funcionamiento tienen puntuaciones más elevadas de SMP y a la inversa. Este dato no es coincidente con los estudios mencionados anteriormente, de ahí la importancia de la evaluación de la SMP en individuos con trastornos mentales, ya que la SMP puede causar un efecto que actúe como mediador en la relación entre la gravedad de los síntomas y el funcionamiento, hecho que comportaría poder llevar a cabo nuevas líneas de investigación con las que nuestra investigación se pudiera comparar.

Y es que la salud mental como constructo explora la vertiente psicosocial de la persona y se concibe desde la perspectiva individual, existiendo relación entre los aspectos físicos y mentales de los seres humanos. Tener una buena salud física es necesario, pero no suficiente para tener una buena salud mental y las personas gozan de salud mental positiva cuando encuentran un equilibrio entre lo que ellos esperan de la vida y lo que esta les ofrece, comportándoles un

sentimiento de satisfacción (Lluch-Canut, 2008). Esta satisfacción, puede ser producto de la interacción entre el individuo y el ambiente y dependerá de la predisposición que el individuo tenga en esas circunstancias ya que, si los individuos se sienten satisfechos con la vida y se centran en lograr sus objetivos, esto les aportara la esperanza de cumplir con ellos y alcanzar sus planes de futuro.

## 7.Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones principales de este estudio se encuentra la muestra estudiada (n=226) aunque es de un tamaño aceptable para un estudio que puede asumir únicamente un investigador o un pequeño grupo, procede únicamente de una zona concreta de Cataluña y por tanto no es representativa del resto de poblaciones del territorio catalán o incluso del ámbito estatal.

Esta limitación está presente en otras investigaciones que se han llevado a cabo con la escala breve de funcionamiento en población diagnosticada de esquizofrenia (Osorio-Martínez, 2017; Zortúa et al., 2012). Por lo que sería conveniente llevar a cabo la valoración del grado de funcionamiento mediante la escala FAST en pacientes diagnosticados de esquizofrenia en otros contextos, para reforzar las características psicométricas.

Son pocos los estudios en los que se valora la Salud Mental Positiva de pacientes diagnosticados de esquizofrenia. A nivel nacional únicamente encontramos el de Miguel Ruiz en 2014 realizado con pacientes hospitalizados o el de Albarcar Rioboó en 2015 que valora la atención de enfermería a cuidadores principales de personas diagnosticadas de esquizofrenia. No existiendo otros estudios que nos proporcionen niveles de SMP en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos de manera ambulatoria por lo que no podemos comparar los datos obtenidos.

Por otro lado, para la obtención de conclusiones más consistentes sería necesario explorar la relación entre los constructos de funcionamiento y salud mental positiva y realizar una comparación con sujetos que presenten características similares a la muestra realizada no solo en el territorio español sino también en contextos clínicos similares.

En cuanto a las escalas administradas, la FAST es una escala de resultado funcional, que permite calcular la puntuación total y hasta seis puntuaciones adicionales que corresponden a seis dominios funcionales: funcionamiento ocupacional, funcionamiento cognitivo, problemas económicos, relaciones

interpersonales y tiempo libre, mientras que la escala GAF solo permite una puntuación global sobre cómo están los pacientes, midiendo el grado del trastorno mental calificando el funcionamiento psicológico, social y ocupacional general. También referir que la escala FAST es una escala heteroaplicada de valoración objetiva, donde la puntuación debe reflejar la valoración del clínico y no necesariamente la descripción literal del individuo evaluado, mientras que la en la escala GAF la evaluación psiquiátrica que depende demasiado de la subjetividad, ya que los evaluadores pueden calificar las deficiencias psiquiátricas de acuerdo con su propia experiencia y actitudes, hecho que puede comportar sesgo de percepción a la hora de llevar a cabo la valoración del individuo.

## 8. Conclusiones

La utilización de escalas o cuestionarios en la práctica clínica nos ayuda a identificar y/o evaluar de manera objetiva, las necesidades que alteran la salud de nuestros pacientes y al mismo tiempo proporcionan confiabilidad al instrumento. De aquí que, la disciplina enfermera lleve a cabo la validación de instrumentos de evaluación que no únicamente formen parte de la ciencia enfermera sino estos también puedan ser utilizados por otras disciplinas.

Tomando como referencia los objetivos de nuestra investigación se obtienen las siguientes conclusiones:

1. La escala FAST, presenta unas buenas propiedades psicométricas en términos de validez y confiabilidad al ser usada en pacientes con el diagnóstico de esquizofrenia atendidos en la comunidad.
2. La escala FAST se considera un instrumento útil para obtener información de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia atendidos a nivel ambulatorio. Su utilización en la práctica clínica, nos permite detectar que áreas están más deterioradas en el paciente y realizar intervenciones dirigidas a la resolución de problemas concretos. Aun así, sería importante que se llevaran a cabo otros estudios con poblaciones de características similares para realizar comparaciones.
3. Los resultados del estudio corroboran lo que la literatura describe sobre el funcionamiento en la esquizofrenia, demostrando que aquellos que tienen un mayor tiempo de evolución del trastorno tienen peores resultados en su funcionamiento.
4. La Salud Mental Positiva de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia correlaciona positivamente con la escala FAST, indicando que tener un buen funcionamiento no es una condición necesaria y suficiente para tener

una buena salud mental positiva.

5. Cinco de los seis factores de la escala FAST correlacionaron de manera significativa con cada uno de los factores de la SMP. El factor de funcionamiento laboral de la escala FAST, únicamente presentó correlación significativa en el factor 6 habilidades de relación interpersonal de la SMP.
  
6. Es importante explorar el nivel y los factores de la Salud Mental positiva en personas diagnosticadas con trastornos mentales para que los profesionales de la salud puedan formular intervenciones cruciales de bienestar en el tratamiento y rehabilitación de estos dentro de entorno clínicos como comunitarios.

## 9. Referencias Bibliográficas

- Aas, I. M. (2010). Global Assessment of Functioning (GAF): Properties and frontier of current knowledge. *Annals of General Psychiatry*, 9, 11.  
<https://doi.org/10.1186/1744-859X-9-20>
- Abaoğlu, H., Mutlu, E., Ak, S., Aki, E., Elif, A. y Yağcıoğlu, A. (2020). *The Effect of Life Skills Training on Functioning in Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial*. Turkish Journal of Psychiatry.  
<https://doi.org/10.5080/u23723>
- Alanen, Y. O. (2003). *La Esquizofrenia. Sus Orígenes y su Tratamiento Adaptado a las Necesidades del Paciente*. Fundación para la Investigación y Tratamiento de la Esquizofrenia y Otras Psicosis.  
[http://www.cursoesquizofrenia.com/Castellano/pdf/LA\\_ESQUIZOFRENIA.pdf](http://www.cursoesquizofrenia.com/Castellano/pdf/LA_ESQUIZOFRENIA.pdf)
- Albacar-Riobóo, N. (2014, septiembre 19). *Atenció d'infermeria a la cuidadora principal de persones amb esquizofrènia: Valoració dels requisits d'autocura i de la salut mental positiva*. Tdx.cat. Recuperado 13 de Junio 2021, de <http://www.tdx.cat/handle/10803/294732>
- Amar, J., Palacio, J., Llinás, H., Puerta, L., Sierra, E., Pérez, A. M. y Velásquez, B. (2008). Calidad de vida y salud mental positiva en menores trabajadores de Toluvejo. *Suma Psicológica*, 15(2), 385-403.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212610006>
- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-III-TR. En *American Psychiatric Association* (Third edit).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. Van Haren Publishing.
- Amoretti, S., Mezquida, G., Rosa, A. R., Bioque, M., Cuesta, M. J., Pina-Camacho, L., Garcia-Rizo, C., Barcones, F., González-Pinto, A., Merchán-Naranjo, J., Corripio, I., Vieta, E., Baeza, I., Cortizo, R., Bonnín, M., Torrent, C., Bernardo, M. y Group, P. (2021). The functioning assessment short test (FAST) applied to first-episode psychosis: Psychometric properties and severity thresholds. *European Neuropsychopharmacology*, 47, 98-111. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2021.02.007>

- Anthony, W. A. y Liberman, R. P. (1986). The Practice of Psychiatric Rehabilitation: Historical, Conceptual, and Research Base. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 542-559. <https://doi.org/10.1093/schbul/12.4.542>
- APA. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-III-TR. En *American Psychiatric Association*.
- Apiquian, R., Ulloa, R. E., Herrera-Estrella, M., Moreno-Gómez, A., Erosa, S., Contreras, V., Nicolini, H. y Alvarez, B. (2009). Validity of the Spanish version of the Personal and Social Performance scale in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 112(1-3), 181-186. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.03.028>
- Arango, C., Bernardo, M., Bonet, P., Cabrera, A., Crespo-Facorro, B., Cuesta, M. J., González, N., Parrabera, S., Sanjuan, J., Serrano, A., Vieta, E., Lennox, B. R. y Melau, M. (2017). Cuando la asistencia no sigue a la evidencia: el caso de la falta de programas de intervención temprana en psicosis en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2), 78-86. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.01.001>
- Ayuso-Mateos, J. L., Nieto-Moreno, M., Sánchez-Moreno, J. y Vázquez-Barquero, J. L. (2006). Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF): aplicabilidad y utilidad en la práctica clínica. *Medicina clinica*, 126(12), 461-466. <https://doi.org/10.1157/13086326>
- Barrera, P. A. (2006). Los trastornos cognitivos de la esquizofrenia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 44(3), 215-221. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272006000300007>
- Batista-Foguet, J. M., Coenders, G., Alonso, J. y Batista, J. M. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clinica*, 122(1), 21-27. <https://doi.org/10.1157/13057542>
- Best, M. W., Gupta, M., Bowie, C. R. y Harvey, P. D. (2014). A longitudinal examination of the moderating effects of symptoms on the relationship between functional competence and real world functional performance in Schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*, 1(2), 90-95. <https://doi.org/10.1016/J.SCOG.2014.03.002>

- Bleuler, E. (2010). *Demencia Precoz o el grupo de las Esquizofrenias*. Vertex Vol. 21, Número 93, 394-400.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural Equations with Latent Variables: 210* (1.<sup>a</sup> ed.). Wiley-Interscience.
- Bonnín, C. M., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Valentí, M., Solé, B., Jiménez, E., Montejo, L., Vieta, E. y Rosa, A. R. (2018). Thresholds for severity, remission and recovery using the functioning assessment short test (FAST) in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 240, 57-62.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.045>
- Boubeta, A. R. (2006). *El análisis factorial confirmatorio*. Dialnet.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4703935>
- Bowie, C. R., Reichenberg, A., Patterson, T. L., Heaton, R. K. y Harvey, P. D. (2006). Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: Correlations with cognition, functional capacity, and symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 163(3), 418-425.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.3.418>
- Bromet, E. J., Kotov, R., Fochtmann, L. J., Carlson, G. A., Tanenberg-Karant, M., Ruggero, C. y Chang, S. (2011). Diagnostic Shifts During the Decade Following First Admission for Psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 168(11), 1186-1194. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11010048>
- Broncano-Bolzoni, M. y González-Carrasco, Mònica Lluch-Canut, Maria Teresa Cerdán-Magro, M. M. (2013). *Características de la Salud Mental Positiva en personas con trastorno mental*. Comunicación presentada en XXX Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, Sevilla.
- Brown, S, Birtwistle, J., Roe, L. y Thompson, C. (1999). The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 29(3), 697-701.  
<https://doi.org/10.1017/S0033291798008186>
- Brown, Steve, Inskip, H. y Barraclough, B. (2000). Causes of the excess mortality of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 177(03), 212-217.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.177.3.212>
- Browne, M. . y Cudeck, R. (1992). Alternative Ways of Assessing Model Fit. *Sociological Methods and Research*, 21(2), 230-258.

<https://doi.org/10.1177/0049124192021002005>

Buchanan, R. W. y Carpenter, W. T. (1994). Domains of psychopathology an approach to the reduction of heterogeneity in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(4), 193-204.

<https://doi.org/10.1097/00005053-199404000-00001>

Bulbena, A., Larrinoa-Palacios, P. F. y Domínguez-Panchón, A. I. (1992). Spanish adaptation of the Life Skills Profile. Profile of activities of daily living. Structure and factorial composition. *Actas luso-españolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines*, 20(2), 51-60.

Burlingame, G. M., Dunn, T. W., Chen, S., Lehman, A., Axman, R., Earnshaw, D. y Rees, F. M. (2005). Selection of outcome assessment instruments for inpatients with severe and persistent mental illness. *Psychiatric Services*, 56(4), 444-451. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.4.444>

Burns, T., Patrick, D. y Mueser K, T. N. (2007). Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(116), 403-418. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01108.x>

Canadian Institute for Health Information. (2009). *Exploring positive Mental Health. Improving the health of Canadians 2009*.

[https://cpa.ca/cpsite/UserFiles/Documents/Practice\\_Page/positive\\_mh\\_en.pdf](https://cpa.ca/cpsite/UserFiles/Documents/Practice_Page/positive_mh_en.pdf)

Canuso, C. M., Turkoz, I., Sheehan, J. J. y Bossie, C. A. (2010). Efficacy and safety of paliperidone extended-release in schizophrenia patients with prominent affective symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 120(1-3), 193-199. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.05.025>

Carrión, R. E., Goldberg, T. E., McLaughlin, D., Auther, A. M., Correll, C. U. y Cornblatt, B. A. (2011). Impact of neurocognition on social and role functioning in individuals at clinical high risk for psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 168(8), 806-813.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10081209>

Casullo, M. M., Solano, A. C. y Brenlla, M. E. (2001). La evaluación del bienestar psicológico en adultos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de*

*América Latina*, 47(4), 316-324.

- Charrier, N., Chevreur, K. y Durand-Zaleski, I. (2013). Le coût de la schizophrénie : revue de la littérature internationale. *L'Encéphale*, 39(1), 49-56. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2012.11.004>
- Cohen, A. S., Forbes, C. B., Mann, M. C. y Blanchard, J. J. (2006). Specific cognitive deficits and differential domains of social functioning impairment in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 81(2-3), 227-238. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2005.09.007>
- Colodrón, A. (2002). *La condición esquizofrénica*. Tricastela.
- Costa, L. G., Massuda, R., Pedrini, M., Passos, I. C., Czepielewski, L. S., Brietzke, E. y Gama, C. S. (2014). Functioning in early and late stages of schizophrenia. *Trends Psychiatry Psychother*, 36(4), 209-213. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-0028>
- Davidson, L., Schmutte, T., Dinzeo, T. y Andres-Hyman, R. (2008). Remission and recovery in schizophrenia: Practitioner and patient perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 5-8. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm122>
- Davis, J., Eyre, H., Jacka, F. N., Dodd, S., Dean, O., Mcewen, S., Debnath, M., Mcgrath, J., Maes, M., Amminger, P., Mccorry, P. D., Pantelis, C. y Berk, M. (2016). A review of vulnerability and risks for schizophrenia: Beyond the two hit hypothesis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 65, 185-194. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.03.017>
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34-43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., Lehman, A., Tenhula, W. N., Calmes, C., Pasillas, R. M., Peer, J. y Kreyenbuhl, J. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 48-70. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp115>
- Elkis, H. y Meltzer, H. Y. (2007). Esquizofrenia refratária. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(Suppl 2), 41-47. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462007000600002>

- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L. y Cohen, J. (1976). The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33(6), 766-771. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770060086012>
- European Commission. (2014). *Mental well-being*. Mentalhealthpromotion.net. [http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/ebs\\_248\\_en.pdf](http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/ebs_248_en.pdf)
- Fayers, P. M. y Machin, D. (2000). Item Response Theory and Differential Item Functioning. *Quality of Life - Assessment, Analysis & Interpretation*, 117-134. <https://doi.org/10.1002/0470846283.ch6>
- Fernández de Larrinoa, P. P. (2002). Evaluación clínica en el ámbito de la psiquiatría social y la rehabilitación psiquiátrica. *Informacionespsiquiatricas.com* [http://www.informacionespsiquiatricas.com/anteriores/info\\_2002/03\\_169\\_10.htm](http://www.informacionespsiquiatricas.com/anteriores/info_2002/03_169_10.htm)
- Fidell, S., Tabachnick, B., Mestre, V. y Fidell, L. (2013). Aircraft noise-induced awakenings are more reasonably predicted from relative than from absolute sound exposure levels. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 134(5), 3645-3653. <https://doi.org/10.1121/1.4823838>
- García-Portilla, M. P., Saiz, P. A., Bousoño, M., Bascaran, T., Guzmán-Quilo, C. y Bobes, J. (2011). Validación de la versión española de la escala de Funcionamiento Personal y Social en pacientes ambulatorios con esquizofrenia estable o inestable. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(1), 9-18. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2010.11.003>
- Generalitat de Catalunya. (2012). *Pla de Salut de Catalunya, 2011-2015. Pla de Salut de Catalunya, 2011-2015*. Gencat.cat. [https://salutweb.gencat.cat/web/.content/ departament/pla-de-salut/Plans-de-salut-antérieurs/Pla-de-salut-de-Catalunya-2011-2015/pla-de-salut-2011-2015/documents/plasalut\\_vfinal.pdf](https://salutweb.gencat.cat/web/.content/ departament/pla-de-salut/Plans-de-salut-antérieurs/Pla-de-salut-de-Catalunya-2011-2015/pla-de-salut-2011-2015/documents/plasalut_vfinal.pdf)
- Gil-Palmero, A. M., Moro-Ipola, M. y Montañés-Martí, S. (2020). Instrumentos en español para la evaluación del funcionamiento y las actividades de la vida diaria en esquizofrenia: ¿Qué Miden? *Actas Esp Psiquiatr*, 48(6), 256-269.

- Gold, J. M. (2004). Cognitive deficits as treatment targets in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 72(1), 21-28.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.09.008>
- Gómez-Acosta, A., Vinaccia-Alpi, S. y Sierra-Baron, W. (2020). Propiedades psicométricas de la Escala de Salud Mental Positiva en jóvenes colombianos: un estudio exploratorio. *CES Psicología*, 13(2), 102-112.  
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.21615/cesp.13.2.7>
- González-Ortega, I., Rosa, A. R., Alberich, S., Barbeito, S., Vega, P., Echeburúa, E., Vieta, E. y González-Pinto, A. (2010, noviembre). *Validation and use of the functioning assessment short test in first psychotic episodes*. *Journal of Nervous and Mental Disease*.  
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181f97bf9>
- Granholm, E., Ben-Zeev, D., Fulford, D., Swendsen, J. y Joel, S. (2013). Ecological Momentary Assessment of social functioning in schizophrenia: Impact of performance appraisals and affect on social interactions. *Schizophrenia Research*, 145(1-3), 120-124.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.01.005>
- Harley, E. W. Y., Boardman, J. y Craig, T. (2012). Friendship in people with schizophrenia: A survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1291-1299. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0437-x>
- Harris, D. E. y Brown, T. R. (1974). Relationship of the Community Adaptation Schedule and the Personal Orientation Inventory: Two measures of positive mental health. *Community Mental Health Journal*, 10(1), 111-118.  
<https://doi.org/10.1007/BF01434577>
- Harvey, P. D., Powchik, P., Mohs, R. C. y Davidson, M. (1995). Memory functions in geriatric chronic schizophrenic patients: A neuropsychological study. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 7(2), 207-212. <https://doi.org/10.1176/jnp.7.2.207>
- Harvey, Philip D, Heaton, R. K., Carpenter, W. T., Green, M. F., Gold, J. M. y Schoenbaum, M. (2012). Functional impairment in people with schizophrenia: Focus on employability and eligibility for disability compensation. *Schizophrenia Research*, 140(1-3), 1-8.

<https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.03.025>

Hertzog, M. A. (2008). Considerations in determining sample size for pilot studies. *Research in Nursing and Health*, 31(2), 180-191.

<https://doi.org/10.1002/nur.20247>

Hightower, E. (1990). Adolescent interpersonal and familial precursors of positive mental health at midlife. *Journal of Youth and Adolescence*, 19(3), 257-275. <https://doi.org/10.1007/BF01537891>

Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Matthew Blagys, M. D., Becky Baumann, M. D., Matthew Baity, M. R., Steven Smith, M. R., Jennifer Price, M. L., Candy Smith, M. L., Tracy Heindselman, M. L., Mollie Mount, M. K. y Daniel Holdwick, M. J. (2000). Article Reliability and Validity of DSM-IV Axis V. *Am J Psychiatry*, 157(11), 1858-1863.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.11.1858>

Hor, K. y Taylor, M. (2010). Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of psychopharmacology*, 24(4), 81-90.

<https://doi.org/10.1177/1359786810385490>

Howard, R. (2004). Understanding and Treating Cognition in Schizophrenia: A Clinician's Handbook. *International Psychogeriatrics*, 16(2), 249-250.

<https://doi.org/10.1017/s1041610204280371>

Hu, L. T. y Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods*, 3(4), 424-453. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.3.4.424>

Ibáñez, V. (2018). La intervención temprana en psicosis. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 9-16.

<https://doi.org/10.4321/S0211-57352018000100001>

Jahoda, M. (1958). Current concepts of positive mental health. *Joint commission on mental health and illness monograph series*, 1, 172.

<https://doi.org/10.1037/11258-000>

Jaju, A. y Crask, M. R. (1999). The perfect design: Optimization between reliability, validity, redundancy in scale items and response rates. Chicago, 10, 127.

Jeyagurunathan, A., Vaingankar, J. A., Abdin, E., Sambasivam, R., Seow, E.,

- Pang, S., Picco, L., Chong, S. A. y Subramaniam, M. (2017). Gender differences in positive mental health among individuals with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 74, 88-95.  
<https://doi.org/10.1016/J.COMPPSYCH.2017.01.005>
- Jiménez-López, E., Sánchez-Morla, E. M., Aparicio, A. I., López-Villarreal, A., Martínez-Vizcaíno, V., Rodríguez-Jimenez, R., Vieta, E. y Santos, J. L. (2018). Psychosocial functioning in patients with psychotic and non-psychotic bipolar I disorder. A comparative study with individuals with schizophrenia. *Journal of Affective Disorders*, 229, 177-185.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.094>
- Jongsma, H. E., Gayer-Anderson, C., Lasalvia, A., Quattrone, D., Mulè, A., Szöke, A., Selten, J. P., Turner, C., Arango, C., Tarricone, I., Berardi, D., Tortelli, A., Llorca, P. M., De Haan, L., Bobes, J., Bernardo, M., Sanjuán, J., Santos, J. L., Arrojo, M., ... Cristofalo, D. (2018). Treated incidence of psychotic disorders in the multinational EU-GEI study. *JAMA Psychiatry*, 75(1), 36-46. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3554>
- Karson, S. (1961). Second-order personality factors in positive mental health. *Journal of Clinical Psychology*, 17(1), 14-19. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(196101\)17:1<14::AID-JCLP2270170105>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/1097-4679(196101)17:1<14::AID-JCLP2270170105>3.0.CO;2-B)
- Kendell, R., Everett, B., Cooper, J., Sartorius, N. y David, M. (1968). The Reliability of the «Present State Examination». *Social Psychiatry*, 3(3), 123-129. <https://doi.org/10.1007/BF00577836>
- Keshavan, M. S. (2013). Nosology of psychoses in DSM-5: Inches ahead but miles to go. *Schizophrenia Research*, 150(1), 40-41.  
<https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.07.032>
- Keyes, C. L. M., Dhingra, S. S. y Simoes, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2366-2371.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.192245>
- Korver-Nieberg, N., Quee, P. J., Boos, H. B. y Simons, C. J. (2011). The Validity of the DSM-IV Diagnostic Classification System of Non-Affective Psychoses. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(12), 1061-

1068. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.620562>
- Kraepelin, E. (1919). *Dementia praecox and paraphrenia*. Chicago Medical Book GO.
- Leak, G. K. y McCarthy, K. (1984). Relationship Between Type A Behavior Subscales and Measures of Positive Mental Health. *Journal of clinical psychology*, 40(6), 1406-1408. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198411\)40:6<1406::AID-JCLP2270400622>3.0.CO;2-L](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198411)40:6<1406::AID-JCLP2270400622>3.0.CO;2-L)
- Lee, C. y Keyes, M. (1998). Social Well-Being\*. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121-140. <https://doi.org/10.2307/2787065>
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado* de 6 de diciembre de 2018, 16673. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>
- Li, R., Ma, X., Wang, G., Yang, J. y Wang, C. (2016). Why sex differences in schizophrenia? *Journal of Translational Neurosciencie*, 1(1), 37-42.
- Liberman, R. P. y Kopelowicz, A. (2004). *Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla*. Rehabilitación Psicosocial. Elsevier.es. <https://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-psicosocial-272-articulo-un-enfoque-empirico-recuperacion-esquizofrenia-13067494>
- Liberman, R. P. y Kopelowicz, A. (2005). Recovery from schizophrenia: A concept in search of research. *Psychiatric Services*, 56(6), 735-742. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.6.735>
- Lindenmayer, J. P. (2008). Increasing awareness of patient functional impairment in schizophrenia and its measurement. *Primary Psychiatry*, 15(1), 89-93.
- Lluch-Canut, M. T. (1999). *Construcción De Una Escala Para Evaluar La Salud Mental Positiva*. [Tesis doctoral, Universidad de Barcelona] <https://www.tdx.cat/handle/10803/2366#page=1>
- Lluch-Canut, M. T. (2008). Concepto de salud mental positiva: factores relacionados. En J. Fornes Vives y J. Gomez Salgado (Eds.), *Recursos y programas para la salud mental. Enfermería Psicosocial II* (pp. 37-69).

- Madrid: Funden, Colección líneas de especialización en enfermería.
- Lluch-Canut, M. T., Puig-Llobet, M., Sánchez-Ortega, A., Roldán-Merino, J. y Ferré-Grau, C. (2013). Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC Public Health*, 13(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-928>
- Lluch-Canut, M. T., Puig-Llobet, M., Sánchez-Ortega, A., Roldán-Merino, J., Ferré-Grau, C., Albacar-Riobóo, N., Broncano, M., Falcó-Pegueroles, A., Gelabert, S., Lleixà, M. M., Mantas, S., Miguel, M. D., Pulpón, A., Sanromà, M., Sequeira, C. y Solà, M. (2013). Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: Correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC Public Health*, 13(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-928>
- Lorca-Cabrera, J., Raigal-Aran, L., Ferré-Grau, C., Albacar-Riobóo, N., Ferré-Bergadá, M. y Lluch-Canut, M. T. (2019). *Diseny d'una App per fomentar la Salut Mental Positiva en cuidadors no professionals*.
- Mantas Jiménez, S. (2017, junio 6). *Sentido de Coherencia, Resiliencia y Salud Mental Positiva en los profesionales del Sistema de Emergencias Médicas*. [Tesis doctoral, Universitat de Girona]. <https://tdx.cat/handle/10803/406045#page=1>
- Mantas Jiménez, S., Juvinyà i Canal, D., Bertran i Noguera, C., Roldán Merino, J., Sequeira, C. y Lluch-Canut, M. T. (2015). *Evaluation of Positive Mental Health and Sense of Coherence in Mental Health Professionals*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (13), 34-42. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n13/n13a05.pdf>
- Marder, S. R., Kramer, M., Ford, L., Eerdeken, E., Lim, P., Eerdeken, M. y Lowy, A. (2007). Efficacy and Safety of Paliperidone Extended-Release Tablets: Results of a 6-Week, Randomized, Placebo-Controlled Study. *Biological Psychiatry*, 62(12), 1363-1370. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.01.017>
- Martinez-Aparicio, R., Pando-Moreno, M., León Cortés, S. G., González Baltazar, R., Aldrete Rodríguez, M. G. y Lopez Rodríguez, L. F. (2015).

- Validity and Reliability Based on The Scale of positive Mental Health. *Psicogente*, 18(33), 78-88. <https://doi.org/10.17081/psico.18.33.57>
- Mausbach, B. . B. T., Moore, R., Bowie, C., Cardenas, C., Patterson, T. L., Cardenas, V. y Patterson, T. L. (2009). A Review of Instruments for Measuring Functional Recovery in Those Diagnosed With Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 307-318. <https://doi.org/doi:10.1093/schbul/sbn152> Advance
- McNally, K. (2013). Dementia praecox revisited. *History of Psychiatry*, 24(4), 507-509. <https://doi.org/10.1177/0957154x13501454>
- Mercado-Salgado, D., Madariaga-Orozco, C. y Martínez-González, M. (2012, abril). *Salud mental positiva y calidad de vida en adolescentes trabajadores y no trabajadores del municipio de Toluviéjo, Sucre*. *Cultura, Educación y Sociedad*, 3(1). <http://revistascientificas.cuc.edu.co/index.php/culturaeducacionysociedad/article/view/962>
- Miguel Ruiz, M. D. (2014, julio). *Valoración de la Salud Mental Positiva y de los Requisitos de Autocuidado, en pacientes hospitalizados diagnosticados de Esquizofrenia, según la Teoría de Enfermería de Dorothea Orem* [Tesis doctoral, Universitat de Barcelona]. <http://hdl.handle.net/2445/56453>
- Morosini, P. L., Magliano, L., Brambilla, L., Ugolini, S. y Pioli, R. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM- IV Social Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(4), 323-329. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101004323.x>
- Mueser, K. T., Pratt, S. I., Bartels, S. J., Forester, B., Wolfe, R. y Cather, C. (2010). Neurocognition and social skill in older persons with schizophrenia and major mood disorders: An analysis of gender and diagnosis effects. *J Neurolinguistics*, 23(3), 297-317. <https://doi.org/10.1016/j.jneuroling.2009.08.007>
- Nunally, J. C. y Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory*. McGraw-Hill
- Ochoa, S., Usall, J., Villalta-Gil, V., Vilaplana, M., Márquez, M., Valdelomar, M., Haro, J. M. y Group, N. (2006). Influence of age at onset on social

- functioning in outpatients with schizophrenia. *The European Journal of Psychiatry*, 20(3), 157-163.
- OMS. (2004). *Promoción de la Salud Mental*. Organización Mundial de la Salud.
- Orpana, H., Vachon, J., Dykxhoorn, J., McRae, L. y Jayaraman, G. (2016). Monitoring positive mental health and its determinants in Canada: The development of the positive mental health surveillance indicator framework. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 36(1), 1-10. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.36.1.01>
- Osorio-Martínez, M. L. (2017). Esquizofrenia y funcionamiento: medición con la escala breve de evaluación del funcionamiento y correlación con los años de enfermedad. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(1), 17. <https://doi.org/10.15381/anales.v78i1.13016>
- Parlamento Europeo. Comisión de Medio Ambiente, S. P. y S. A. (2006). *Libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en Materia de Salud Mental*.
- Parra, A. (2007). *La experiencia alucinatoria: el continuo de experiencias en individuos normales y psicóticos*. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 53 (4), 244-256. [http://www.alipsi.com.ar/investigaciones/pdf/acta\\_psiquiatrica\\_psicologica\\_parra.pdf](http://www.alipsi.com.ar/investigaciones/pdf/acta_psiquiatrica_psicologica_parra.pdf)
- Pichot, P., López-Ibor Aliño, J. J. y Valdés Miyar, M. (1995). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson.
- Pilgrim, D. y Rogers, A. E. (2005). Psychiatrists as social engineers: A study of an anti-stigma campaign. *Social Science and Medicine*, 61(12), 2546-2556. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.04.042>
- Pinkham, A. E., Harvey, P. D. y Penn, D. L. (2016). Paranoid individuals with schizophrenia show greater social cognitive bias and worse social functioning than non-paranoid individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*, 3, 33-38. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2015.11.002>
- Pizarro, J. (2011). The efficacy of art and writing therapy: Increasing positive mental health outcomes and participant retention after exposure to

- traumatic experience. *Journal of the American Art Therapy Association*, 21(1), 5-12. <https://doi.org/10.1080/07421656.2004.10129327>
- Polit, D. . y Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10.<sup>a</sup> ed.). Wolters Kluwer Health.
- Puig-Llobet, M., Lluch-Canut, M. T. y Sabater-Mateu, P. (2007). *Análisis del uso del constructo salud mental en los instrumentos genéricos que evalúan la Calidad de Vida*. *Revista Presencia*, 3(6). <http://www.index-f.com/presencia/n6/80articulo.php>
- Puig Llobet, M., Sánchez Ortega, M., Lluch-Canut, M., Moreno-Arroyo, M., Hidalgo Blanco, M. À. y Roldán-Merino, J. (2020). Positive Mental Health and Self-Care in Patients with Chronic Physical Health Problems: Implications for Evidence-based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(4), 293-300. <https://doi.org/10.1111/wvn.12453>
- Ramos Martín-Vegue, A. J., Vázquez-Barquero, J. L. y Herrera-Castanedo, S. (2002). Formación continuada CIE-10 (I): Introducción, historia y estructura general. *Pápeles Médicos*, 11(1), 24-35. <http://www.sedom.es/wp-content/themes/sedom/pdf/4cbc71f7c3f5fpm-11-3-004.pdf>
- Reed, A. C., Lee, J., Green, M. F., Hamilton, H. K., Miller, G. A., Subotnik, K. L., Ventura, J., Nuechterlein, K. H. y Yee, C. M. (2020). Associations between physiological responses to social-evaluative stress and daily functioning in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 218, 233-239. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.12.040>
- Rosa, A. R., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A., Salamero, M., Torrent, C., Reinares, M., Comes, M., Colom, F., Van Riel, W., Luis Ayuso-Mateos, J., Kapczinski, F., Vieta, E., Ayuso-Mateos, J., Kapczinski, F. y Vieta, E. (2007). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3, 1-8. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-3-5>
- Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D. y Parker, G. (1989). The Life Skills Profile: A Measure Assessing Function and Disability in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 325-337. <https://doi.org/10.1093/schbul/15.2.325>

- Ruíz-Vargas, J. y Castilla del Pino, C. (1992). *Aspectos cognitivos de la esquizofrenia*. *Psicothema*, 4 (2), 610-612.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2020724>
- Rus-Calafell, M. y Lemos-Giraldez, S. (2014). Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos: principales cambios del DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 111(111), 89-93.  
[https://www.researchgate.net/publication/267039187\\_Schizophrenia\\_and\\_other\\_Psychotic\\_Disorders\\_main\\_changes\\_in\\_the\\_new\\_DSM-5](https://www.researchgate.net/publication/267039187_Schizophrenia_and_other_Psychotic_Disorders_main_changes_in_the_new_DSM-5)
- Ryff, C. D. (2016). Psychological well-being and health: Past, present and future. *Psicologia della Salute*, 7-26. <https://doi.org/10.3280/pds2016-001002>
- Ryff, C. D. y Lachman, M. E. (2019). *Midlife in the United States (MIDUS 3): Cognitive Project, 2013-2017*. Inter-university Consortium for Political and Social Research. <https://doi.org/10.3886/ICPSR37095.v2>
- Sabbag, S., Twamley, E. M., Vella, L., Heaton, R. K., Patterson, T. L. y Harvey, P. D. (2011). Assessing everyday functioning in schizophrenia: Not all informants seem equally informative. *Schizophrenia Research*, 131(1-3), 250-255. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.05.003>
- Sánchez-Ortega, M. A., Puig-Llobet, M. y Lluch-Canut, M. T. (2015). *Programa d'Intervenció Psicosocial d'Infermeria (PIPsi) per a potenciar la Salut Mental Positiva i l'Autocura*. Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona. <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/116403>
- Schneider, K. (1980). *Las personalidades psicopáticas*. Recuperado 14 Junio 2021, de [http://Dialnet-LasPersonalidadesPsicopaticasYSuSignificacionFrent-5084643%20\(3\).pdf](http://Dialnet-LasPersonalidadesPsicopaticasYSuSignificacionFrent-5084643%20(3).pdf)
- Schwartz, R. C. (2000). Suicidality in Schizophrenia: Implications for the Counseling Profession. *Journal of Counseling & Development*, 78(4), 496-499. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2000.tb01934.x>
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 6-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>

- Seow, L. S. E., Vaingankar, J. A., Abdin, E., Sambasivam, R., Jeyagurunathan, A., Pang, S., Chong, S. A. y Subramaniam, M. (2016). Positive mental health in outpatients with affective disorders: Associations with life satisfaction and general functioning. *Journal of Affective Disorders*, 190, 499-507. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.021>
- Sequeira, C., Carvalho, J. C., Gonçalves, A., Nogueira, M. J., Lluch-Canut, M. T. y Roldán-Merino, J. (2019). Levels of Positive Mental Health in Portuguese and Spanish Nursing Students. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 26(5), 483-492. <https://doi.org/10.1177/1078390319851569>
- Sequeira, C., Carvalho, J. C., Sampaio, F., Sá, L., Lluch-Canut, M. T. y Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (11), 45-53. [https://www.researchgate.net/publication/263859420\\_Avaliacao\\_das\\_propriedades\\_psicometricas\\_do\\_Questionario\\_de\\_Saude\\_Mental\\_Positiva\\_em\\_estudantes\\_portugueses\\_do\\_ensino\\_superior](https://www.researchgate.net/publication/263859420_Avaliacao_das_propriedades_psicometricas_do_Questionario_de_Saude_Mental_Positiva_em_estudantes_portugueses_do_ensino_superior)
- Startup, M., Jackson, M. C. y Bendix, S. (2002). The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Clinical Psychology*, 41(4), 417-422. <https://doi.org/10.1348/014466502760387533>
- Strömgren, E. (1994). Recent history of European psychiatry—ideas, developments, and personalities: The annual Eliot Slater lecture. *American Journal of Medical Genetics*, 54(4), 405-410. <https://doi.org/10.1002/ajmg.1320540422>
- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., Tsuang, M., Van Os, J. y Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150(1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.028>
- Usall, J., Araya, S., Ochoa, S., Busquets, E., Gost, A. y Má, M. (2001). Gender Differences in a Sample of Schizophrenic Outpatients. *Comprehensive*

- Psychiatry*, 42(4), 301-305. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.24582>
- Usall, J., Haro, J. M., Araya, S., Moreno, B., Muñoz, P. E., Martínez, A., Salvador, L. y Group, P. (2007). *Social functioning in schizophrenia: what is the influence of gender?* *Eur. J. Psychiat*, 21(3), 199-205. <https://scielo.isciii.es/pdf/ejpen/v21n3/original4.pdf>
- Vaillant, G. E. (2012). Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry*, 11(2), 93-99. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.006>
- Vaingankar, J. A., Abdin, E., Chong, S. A., Sambasivam, R., Jeyagurunathan, A., Seow, E., Picco, L., Pang, S., Lim, S. y Subramaniam, M. (2016). Psychometric properties of the positive mental health instrument among people with mental disorders: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(19), 13. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0424-8>
- Valle, R. (2020). Revisión de los programas de intervención temprana de psicosis: propuesta de implementación en Perú. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 49(3), 178-186. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.11.001>
- Velthorst, E., Fett, A.-K. J. K. J., Reichenberg, A., Perlman, G., van Os, J., Bromet, E. J. y Kotov, R. (2017). The 20-Year Longitudinal Trajectories of Social Functioning in Individuals With Psychotic Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 174(11), 1075-1085. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15111419>
- Vogel, F. (1991). Schizophrenia genesis: The origins of madness. *Am J Hum Genet*, 48(6), 1218. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1683109/pdf/ajhg00090-0203.pdf>
- Ware, J., Sherbourne, C. y Davies, A. (1992). *Developing and testing the MOS 20-item short-form health survey: A general population application*. Recuperado 14 Junio 2021, de [https://www.rand.org/pubs/external\\_publications/EP19920058.html](https://www.rand.org/pubs/external_publications/EP19920058.html)
- Weisbrod, M., Aschenbrenner, S., Pfüller, U., Kaiser, S. y Roesch-Ely, D. (2013). Kognitive Remediation: Rehabilitation von Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis [Cognitive remediation improves response to psychiatric rehabilitation in persons with

- schizophrenic spectrum disorders]. *Nervenheilkunde: Zeitschrift für interdisziplinäre Fortbildung*, 32(6), 370-374. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1628514>
- WHO | ICD-11 Revision. (2019). WHO.
- Wilson, M. (1993). DSM-III and the transformation of American psychiatry: A history. *American Journal of Psychiatry*, 150(3), 399-410. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.3.399>
- Wolnik, L. (2018). *Rehabilitación de las Funciones Ejecutivas en la Esquizofrenia: Una revisión sistemática*. Discapacidad Clínica Neurociencias, 5 (1), 31. [www.profesionalesdependenciadiscapacidad.com](http://www.profesionalesdependenciadiscapacidad.com)
- World Health Organization y Meltzer, H. (2003). Development of a common instrument for mental health. En Nosikov & Gudex (Ed.), *EUROHIS: Developing common instruments for health surveys*. IOS Press. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.452.1919&rep=rep1&type=pdf#page=42>
- Wright, L. (1971). Components of positive mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 36(2), 277-280. <https://doi.org/10.1037/h0030755>
- Wu, L. J. C., Sitburana, O., Davidson, A. y Jankovic, J. (2008). Applause sign in parkinsonian disorders and Huntington's disease. *Movement Disorders*, 23(16), 2307-2311. <https://doi.org/10.1002/mds.22090>
- Xiang, Y.-T., Shum, D., Chiu, H. F. K., Tang, W.-K. y Ungvari, G. S. (2010). Association of demographic characteristics, symptomatology, retrospective and prospective memory, executive functioning and intelligence with social functioning in schizophrenia. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 44(12), 1112-1117. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.514854>
- Yager, J. A. y Ehmann, T. S. (2006). Untangling social function and social cognition: a review of concepts and measurement. *Psychiatry Interpersonal*, 69(1), 47-68. <https://doi.org/10.1521/psyc.2006.69.1.47>
- Zortéa, K., da Silva Magalhães, P. V., Rosa, A. R., de Lucena, D. F., Guimarães, L. R., Petter Francesconi, L. P., Pedrini, M., Cesar Walz, J., Severino Gama, C., Kapczinski, F. y Belmonte-de-Abreu, P. S. (2012).

Concurrent Validity and Reliability of the Brazilian Version of the  
Functioning Assessment Short Test in Patients with Schizophrenia. Value  
in Health Regional Issues, 1, 244-247.

<https://doi.org/10.1016/j.vhri.2012.08.001>

## 10. Difusión de la Investigación

### Premios:

Esta investigación recibió el XVI premio de investigación Beca de la Asociación Española de Enfermería en Salud Mental (AESSME), en el XXXV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental, celebrado en Santiago de Compostela los días 21, 22 y 23 de marzo de 2018.

### Ponencias y comunicaciones:

Luján Luján, E. (2020, junio). Salud Mental Positiva en pacientes con esquizofrenia atendidos en la comunidad. Póster electrónico presentado en el I Encontro Internacional de Literacia e Saúde Mental Positiva. Organizado los días 2 y 3 de junio por la “Escola Superior de Enfermagem do Porto”. Portugal.

Luján Luján, E. M et al., Salud Mental Positiva y Esquizofrenia. Comunicación presentada en el XXXVII Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental - Edición Virtual- y 3ª Conferencia Internacional, del 7 al 10 del mes de octubre de dos mil veinte. Está publicada como CAPÍTULO DE LIBRO En: Sufrimientos, realidades y cuidados. I.S.B.N.: 978-84-946764-8-2 Edita: Asociación Española de Enfermería de Salud Mental.

### Artículos

Luján, E. M. L., Canut, M. T. L., Llobet, M. P., Merino, J. R., Pomarol-Clotet, E., y Ruiz, M. D. M. (2021). Evaluación del nivel de salud mental positiva en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, atendidos en la comunidad. Revista Española de Enfermería de Salud Mental, (15).

Artículo aceptado por el equipo editorial de la Revista de Psiquiatría y Salud Mental, con fecha 14 de enero de 2022. Los autores del artículo son: Eva María Luján-Lujan, María Ángeles García-León, Elena Rodríguez-Cano, Sergi Huertas-Martínez, Montserrat Puig-Llobet, María Dolores Miguel-Ruiz, Raimon Salvador, Eduard Vieta, Edith Pomarol-Clotet. Con el título Validación de la

versión española de la escala de funcionamiento breve (FAST) en pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

## 11. Anexos

## Anexo 1. Formulario de datos sociodemográficos y clínicos

**Datos socio demográficos y clínicos**

Edad en años: \_\_\_\_\_

Sexo:

- Varón
- Mujer

Estado Civil:

- Soltero/a
- En pareja
- Casado/a
- Separado/a-Divorciado/a
- Viudo/a

Convivencia:

- Vive Solo
- Vive con Familia de origen
- Vive con familia propia
- Vive con otros

Nivel de Estudios:

- Sin estudios
- Estudios primarios
- Estudios secundarios
- Estudios universitarios

Situación laboral:

- Activo
- Parado
- Pensionista

Grado de discapacidad si lo tienen.

- Si  Grado \_\_\_\_\_
- No

### Tipo de tratamiento

- Oral
- Parenteral
- Oral y Parenteral

### Años de evolución de la enfermedad

- Menos de 5
- Entre 5-10
- De 10-15
- Más de 15

### Diagnóstico DSM- IV

- Tipo paranoide
- Tipo indiferenciado
- Tipo desorganizado
- Tipo residual

## Anexo 2. Prueba de Funcionamiento Breve (FAST)

## PRUEBA BREVE DE EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO (FAST)

**¿Cuál es el grado de dificultad del paciente en relación con los siguientes aspectos?** Interrogue al paciente respecto a las áreas de funcionamiento que se especifican a continuación, utilizando la siguiente escala: (0): Ninguna, (1): Poca, (2): Bastante o (3): Mucha

<b>AUTONOMIA</b>				
1. Encargarse de las tareas de la casa	(0)	(1)	(2)	(3)
2. Vivir solo	(0)	(1)	(2)	(3)
3. Hacer la compra	(0)	(1)	(2)	(3)
4. Cuidar de sí mismo (aspecto físico, higiene...)	(0)	(1)	(2)	(3)
<b>FUNCIONAMIENTO LABORAL</b>				
5. Realizar un trabajo remunerado	(0)	(1)	(2)	(3)
6. Acabar las tareas tan rápido como era necesario	(0)	(1)	(2)	(3)
7. Trabajar en lo que estudió	(0)	(1)	(2)	(3)
8. Cobrar de acuerdo con el puesto que ocupa	(0)	(1)	(2)	(3)
9. Alcanzar el rendimiento previsto por la empresa	(0)	(1)	(2)	(3)
<b>FUNCIONAMIENTO COGNITIVO</b>				
10. Concentrarse en la lectura, película	(0)	(1)	(2)	(3)
11. Hacer cálculos mentales	(0)	(1)	(2)	(3)
12. Resolver adecuadamente un problema	(0)	(1)	(2)	(3)
13. Recordar el nombre de gente nueva	(0)	(1)	(2)	(3)
14. Aprender una nueva información	(0)	(1)	(2)	(3)
<b>FINANZAS</b>				
15. Manejar el propio dinero	(0)	(1)	(2)	(3)
16. Hacer compras equilibradas	(0)	(1)	(2)	(3)
<b>RELACIONES INTERPERSONALES</b>				
17. Mantener una amistad	(0)	(1)	(2)	(3)
18. Participar en actividades sociales	(0)	(1)	(2)	(3)
19. Llevarse bien con personas cercanas	(0)	(1)	(2)	(3)
20. Convivencia familiar	(0)	(1)	(2)	(3)
21. Relaciones sexuales satisfactorias	(0)	(1)	(2)	(3)
22. Capaz de defender los propios intereses	(0)	(1)	(2)	(3)
<b>OCIO</b>				
23. Practicar deporte o ejercicio	(0)	(1)	(2)	(3)
24. Tener una afición	(0)	(1)	(2)	(3)

### Anexo 3. Escala de Salud Mental Positiva (SMP)

## Escala de Salud Mental Positiva (SMP)

Escala de Salud Mental Positiva		Siempre o casi siempre	Con bastante frecuencia	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	A mí... me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Los problemas...me bloquean fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	A mí... me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Me gusto como soy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	.... soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	.... me siento a punto de explotar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Para mí, la vida es. ..Aburrida y monótona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	A mí... me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	...me preocupa mucho lo que los demás piensan de mí.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Veo mi futuro con pesimismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Me considero una persona menos importante que el resto de las personas que me rodean.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Soy capaz de tomar decisiones por mí mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Intento mejorar como persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Me considero "un/a buen/a psicólogo/a".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Me preocupa que la gente me critique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	....creo que soy una persona sociable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	....soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	... soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escala de Salud Mental Positiva		Siempre casi siempre	Con bastante frecuencia	Algunas veces	Nunca o casi nunca
23	.... pienso que soy una persona digna de confianza.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	A mí, me resulta especialmente difícil entenderlos sentimientos de los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	... pienso en las necesidades de los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables, soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Cuando hay cambios en mi entorno... intento adaptarme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Delante de un problema... soy capaz de solicitar información.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Los cambios que ocurren en mi rutina habitualme estimulan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	...creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	... trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	... me resulta difícil tener opiniones personales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Cuando tengo que tomar decisiones importantes... me siento muy inseguro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	.... soy capaz de decir no cuando quiero decir no.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	.... me gusta ayudar a los demás.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	.... me siento insatisfecha/o conmigo misma/o.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anexo 4. GAF (Global Assesment of Functioning)

## GAF (Global Assessment of Functioning)

100 91	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado/a por los problemas de la vida, es valorado/a por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
90 81	Síntomas ausentes o mínimos (por ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado/a e implicado/a en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho/a de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (por ej., una discusión ocasional con miembros de la familia)
80 71	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (por ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); solo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (por ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
70 61	Algunos síntomas leves (por ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (por ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60 51	Síntomas moderados (por ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (por ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o escuela).
50 41	Síntomas graves (por ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (por ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
40 31	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (por ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (por ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela)
30 21	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (por ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (por ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
20 11	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (por ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (por ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (por ej., muy incoherente o mudo).
10 1	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (por ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
0	Información inadecuada

## Anexo 5. Resolución favorable del Comité de Ética

### CERTIFICADO DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Doña Silvia Sanz Pamplona, como secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús

#### CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado en su reunión del día 1 de junio de 2017 el

Proyecto de investigación titulado:

**Valoración del grado de funcionalidad y de salud mental positiva en pacientes con esquizofrenia atendidos en la comunidad**

ID Promotor/a:

Referencia:

por el/la investigador/a **Eva Luján Luján**

Y considera que:

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del proyecto en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para realizar el estudio
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado, como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos

y que este Comité emite un dictamen **FAVORABLE** para su realización en el/los centro/s:

Benito Menni CÀSM

Lo que firmo en Barcelona, el 1 de junio de 2017



Silvia Sanz Pamplona  
Secretaria CEIC  
Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús

## Anexo 6. Consentimiento informado para el estudio

## Valoración del grado de funcionamiento y de salud mental positiva en pacientes con esquizofrenia atendidos en la comunidad

**Investigadora Principal:** Eva M<sup>a</sup> Luján Luján

**Lugares de realización:** CSMA Benito Menni, Granollers

### **Propósito de los estudios:**

El presente estudio pretende evaluar el grado de funcionalidad y el nivel de salud mental positiva en pacientes con trastorno mental severo diagnosticados de esquizofrenia, atendidos a nivel ambulatorio. Para ello se van a usar diferentes escalas. En el contexto de este estudio se va a validar una escala ya existente, la FAST, para su empleo en pacientes con esquizofrenia.

Usted no tendrá que pagar **ningún coste adicional** como participante de este proyecto de investigación. Su participación en este estudio es **voluntaria** y no tiene que participar si no lo desea. Además, puede abandonar el estudio en cualquier momento. Esto no afectará de ningún modo a la calidad de la atención que seguirá recibiendo de su médico ni en su tratamiento.

### **Procedimientos:**

Para este estudio se comprobará que cumpla los criterios de participación y sólo se le pedirá que facilite información para recoger distintos aspectos de su enfermedad y funcionamiento en el día a día.

### **Beneficios y Riesgos:**

El posible beneficio de su participación en esta investigación es ayudar a profundizar en el conocimiento de la esquizofrenia. La participación en el estudio y la cesión de los datos es gratuita y voluntaria. No tendrá ningún beneficio económico directo por su participación en los estudios de investigación. Esto comporta que usted no tendrá derechos sobre posibles beneficios comerciales de los descubrimientos que puedan derivarse del resultado de la investigación biomédica.

### **Cesión de datos:**

Los investigadores a menudo establecemos colaboraciones con otros investigadores de nuestro país o de otros países. En estas colaboraciones podemos necesitar ceder cierta información, así como datos o parte del material de su muestra biológica. Siempre los hacemos siguiendo la normativa legal vigente y para proteger su confidencialidad, estas cesiones se hacen siempre con los datos codificados, es decir, ni su nombre ni cualquier otro dato identificativo aparecen.

Por el presente le solicitamos su AUTORIZACIÓN expresa para poder emplear los datos recogidos en estudios similares sobre las enfermedades mentales y del sistema nervioso, estudios que deberán tener también la aprobación del Comité de Ética de la Investigación Clínica (CEIC) de las Hermanas Hospitalarias.

## Valoración del grado de funcionamiento y de salud mental positiva en pacientes con esquizofrenia atendidos en la comunidad

### Confidencialidad y Protección de datos personales:

Los datos obtenidos durante el estudio serán confidenciales y estarán a disposición sólo del equipo de investigación involucrado en estudio. Los datos que se obtengan serán archivados y tratados con carácter personal según lo dispuesto en la Ley Orgánica 03/2018, de 5 de diciembre de protección de datos. La intimidad quedará salvaguardada en todo momento, y su nombre o el de sus familiares no aparecerán en ningún tipo de comunicación. Su identidad no será revelada a persona alguna salvo para cumplir con los fines del estudio, y en el caso de urgencia médica o requerimiento legal.

Cualquier información de carácter personal que pueda ser identificable será conservada por métodos informáticos en condiciones de seguridad por la Fundación para la Investigación y la Docencia María Angustias Giménez (FIDMAG Hermanas Hospitalarias). El acceso a dicha información quedará restringido al personal de FIDMAG Hermanas Hospitalarias participante en el estudio, designado al efecto, o a otro personal autorizado que estará obligado a mantener la confidencialidad de la información.

Sus datos se incorporarán al FICHERO\_SUJETOS, cuyo responsable es FIDMAG Hermanas Hospitalarias con C.I.F. G65222929. La finalidad de la inclusión de sus datos en este fichero es la realización de actividades de investigación única y exclusivamente por parte de profesionales de la institución y de los centros de las Hermanas Hospitalarias vinculados con la FIDMAG.

En todo caso, usted tiene derecho a ejercitar los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación en el ámbito reconocido por la Ley Orgánica 03/2018, de 5 de diciembre. A efectos de esta revocación no se extenderán a las investigaciones anteriores que ya se hubieran podido realizar.

Para ejercitar los derechos arriba mencionados, y para cualquier aclaración, puede dirigirse por escrito a Dirección FIDMAG Hermanas Hospitalarias (Av. Jordà, 8, 08035 BARCELONA).

Si tiene alguna duda sobre esta información, o si durante el estudio le surge alguna preocupación o consulta no dude en ponerse en contacto con el investigador de referencia (**Sra. Eva Luján**) de FIDMAG Hermanas Hospitalarias en el **teléfono 93 861 12 73** o en el e-mail **elujan.hbmenni@hospitalarias.es**.

**Le agradecemos sinceramente su colaboración  
y quedamos a su disposición para cualquier información adicional.**

## Valoración del grado de funcionamiento y de salud mental positiva en pacientes con esquizofrenia atendidos en la comunidad

Don/D<sup>a</sup> ..... con DNI/NIE .....

en fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20.....

- he hablado con el/la Investigador/a .....
- he leído la hoja de información para el paciente que se me ha facilitado,
- he podido formular preguntas acerca del estudio,
- he recibido suficiente información en este sentido.
  
- Entiendo que mi participación es voluntaria.
  
- Entiendo que puedo retirarme del estudio:
  - cuando lo desee,
  - sin necesidad de dar explicaciones,
  - sin que ello repercuta en mi tratamiento médico.
  
- Entiendo que mis datos se archivarán y que puedo ejercitar mis derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en el ámbito reconocido por la Ley Orgánica 03/2018, de 5 de diciembre.
  
- Consiento expresamente y autorizo a la FIDMAG Hermanas Hospitalarias para que empleen los datos necesarios para otros estudios que cumplan los mismos requisitos que el presente, y estén aprobados por la Comisión de Investigación y el Comité de Ética (CEIC) de Hermanas Hospitalarias.

Nombre: .....

Investigador/a: .....

Firma: .....

Firma: .....

---

### Autorización del Representante legal:

Padre/Madre o Tutor/a: ..... DNI/NIE .....

Firma: .....

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20.....

*NOTA: Se firmarán DOS copias del consentimiento informado:  
Una será para el investigador principal, y la otra para el participante o sus tutores legales*

## Anexo 7. Autorizaciones

**PERMISO DE UTILIZACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL  
POSITIVA-CSMP (Lluch, 1999)**

En calidad de autora del Cuestionario de Salud Mental Positiva (CSMP) (Lluch, 1999) **autorizo a la Sra. Eva M<sup>a</sup> Luján Luján** para que utilice el cuestionario CSMP en el proyecto que lleva por título "Valoración del grado de funcionamiento y de salud mental positiva en pacientes diagnosticados de esquizofrenia atendidos en la comunidad". El proyecto se realizará como tesis doctoral, dentro del Programa de Doctorado "Enfermería y Salud" en la Escuela de Enfermería, de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Barcelona. Constando como directoras de tesis la Dra. M<sup>a</sup> Dolores Miguel y la Dra. Edith Pomarol.

Y para que sirva a los efectos oportunos firmo la presente a Barcelona 29 de enero de 2018.



Prof. Dra. M<sup>a</sup> Teresa Lluch Canut

Universitat de Barcelona

DNI: 36965495X

**RV: Escala FAsT**

CBONNIN@clinic.cat &lt;CBONNIN@clinic.cat&gt;

Lun 20/03/2017 23:01

Parà: Eva María Luján Luján (Benito Menni CASM) &lt;elujan.hbmenni@hospitalarias.es&gt;

 1 archivos adjuntos (89 KB)

MANUAL VERSION ESPANOL 22nov08.pdf

Hola Eva,

És fantàstic que t'interessis pel funcionament dels pacients en esquizofrènia, ja que com molt bé ha indicat el Dr. Vieta és un tema d'importància clínica.

T'adjunto el manual d'administració en castellà. A més, també et passo una referència del grup de Vitòria que han validat l'escala en primers episodis psicòtics i et pot ser d'utilitat per guiar-te en el teu procés de validació:

González-Ortega I, Rosa A, Alberich S, Barbeito S, Vega P, Echeburúa E, Vieta E, González-Pinto A. Validation and use of the functioning assessment short test in first psychotic episodes. *J Nerv Ment Dis.* 2010 Nov;198(11):836-40.

Per a qualsevol dubte o pregunta et pots posar en contacte amb mi.

Moltes gràcies,

CM

---

De: VIETA, EDUARD (ICN)

Enviat el: dissabte, 18 / març / 2017 08:22

Per a: Eva María Luján Luján (Benito Menni CASM)

A/c: Dolors Miguel Ruiz; Edith Pomarol Clotet (Benito Menni CASM); BONNIN, CATERINA DEL MAR (IDIBAPS)

Tema: RE: Escala FAsT

Benvolguda Eva Maria,

Gràcies pel seu missatge.

La Dra. Pomarol ja me'n va parlar i estarem encantats de que faci servir la FAST a la seva tesi. La FAST s'està fent servir a molts estudis en aquest moment i s'ha validat en diversos idiomes, però qui millor sap l'estat actual del tema són la Dra. Rosa i la Dra. Bonnin, que a més li poden passar el manual d'administració. El tema del funcionament és cada dia més important i entra de ple en les àrees de treball d'infermeria. Poso en còpia a la Dra. Bonnin que li pot passar més informació.

Cordialment

Eduard Vieta

---

De: Eva María Luján Luján (Benito Menni CASM) [elujan.hbmenni@hospitalarias.es]

Enviat el: divendres, 17 / març / 2017 14:08

Per a: VIETA, EDUARD (ICN)

A/c: Dolors Miguel Ruiz; Edith Pomarol Clotet (Benito Menni CASM)

Tema: Escala FAsT

27/7/2020

Correo: Eva María Luján Luján (Bento Menni CASM) - Outlook

Bon dia Dr. Vieta

El meu nom es Eva M<sup>a</sup> Luján. Sóc Doctoranda en Ciències Infermeres de la Universitat de Barcelona en la linea de recerca de salut mental i adiccions. Les meves directores de tesis son la Dra. Dolors Miguel professora titular de la universitat Sant Joan de Deú i la Dra. Edith Pomarol , directora gerent de la Fundació per la Investigació i Docència FIDMAG Germanes Hospitalàries.

El motiu pel qual em poso amb contacte amb vosté es per que per la meva tesi m'agradaria utilitzar la escala FAST, validant-la per pacients esquizofrenics amb tractament ambulatori. He fet recerca bibliografica i he trobat un article on es valida la fast en primers episodis psicotics i també un altre on es valida la versió brasilenya amb malats amb esquizofrenia. Però, m'agradaria saber si vosté té coneixement de si s'ha fet algun estudi més amb pacients esquizofrenics o s'esta realitzant.

Per una altra banda, si no fos així, m'agradaria demanar-li si com autor de la mateixa em donaria el seu vist i plau per poder utilitzar la escala pel meu estudi.

Moltes gràcies per la seva atenció.

A la espera de la seva resposta, rebí una salutació.

AVISO LEGAL - La información contenida en el presente mensaje de correo electrónico es confidencial y su acceso únicamente está autorizado al destinatario original del mismo, quedando prohibida cualquier comunicación, divulgación, o reenvío, tanto del mensaje como de su contenido. En el supuesto de que usted no sea el destinatario autorizado, le rogamos que lo notifique inmediatamente a la persona que se lo ha enviado, borrando el mensaje original junto con los ficheros anexos que pudiera incluir.

Por favor, no imprima este documento si no es completamente necesario, con ello contribuirá a la conservación de los recursos naturales.

<https://outlook.office.com/mail/search/id/AAQkADc2Yjg5OWU1LWE4NzEtNGZlNS04NjRmLWU3NDIYj2MWE0NAAQANErfLVCzrVMkXdKohJa...> 2/2

## Anexo 8. Premios



ASOCIACIÓN  
ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA  
DE SALUD MENTAL

## XVI PREMIO DE INVESTIGACIÓN BECA AEEESME

**D<sup>a</sup> Eva María Luján Luján**

DNI: 52.397.695-S

Han obtenido el

**PREMIO**

con la Investigación titulada:

*Valoración del grado de funcionamiento y del nivel de salud mental positiva en personas diagnosticadas de esquizofrenia atendidas en la comunidad.*

Santiago de Compostela, 23 de marzo de 2018.

D. Francisco Megías Lizancos  
Presidente

D. Carlos Aguilera Serrano  
Secretario

## Anexo 9. Artículos

## Evaluación del nivel de salud mental positiva en pacientes diagnosticados de esquizofrenia, atendidos en la comunidad

Assessment of the levels of positive mental health in outpatients with schizophrenia living in the community

Eva María Luján-Lujan<sup>1</sup>, María Teresa LLuch-Canut<sup>2</sup>, Montserrat Puig-Llobet<sup>2</sup>, Juan Roldán-Merino<sup>3</sup>, Edith Pomarol-Clotet<sup>4</sup>, M<sup>a</sup> Dolores Miguel-Ruiz<sup>3</sup>

1. Complejo Asistencial en Salud Mental Benito Menni. Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España.

2. Universitat de Barcelona: Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.

3. Campus Docent Sant Joan de Déu: Esplugues de Llobregat, Barcelona, España.

4. Fidmag Sisters Hospitaliers, Barcelona, España.

Contacto: Eva María Luján Luján, evalujan@hotmail.es

Fecha de recepción: 25 de mayo de 2021 / Fecha de aceptación: 12 de noviembre de 2021

### Resumen

**Introducción:** Cuando hablamos de salud mental positiva, nos referimos al concepto de bienestar y a las habilidades para adaptarse a la adversidad, siendo necesario prestar atención a la positividad. Nuestro estudio se basó en el modelo multifactorial de salud mental positiva de Lluch configurado por 6 factores: satisfacción personal, actitud prosocial, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y autoactualización y habilidades de relación interpersonal.

**Objetivo:** Evaluar el nivel de salud mental positiva en pacientes diagnosticados de esquizofrenia atendidos en la comunidad.

**Método:** Se trata de un estudio con diseño descriptivo transversal. Para medir la salud mental positiva de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia, se utilizó el cuestionario de salud mental positiva de Lluch y se realizó una evaluación global y de cada uno de los seis factores. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas y se realizaron análisis descriptivos y correlacionales.

**Resultados:** La muestra estuvo formada por 226 participantes. La puntuación media del cuestionario de salud mental positiva fue de 83,38. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación con variables sociodemográficas y clínicas tanto a nivel global como en los 6 factores de salud mental positiva.

**Conclusión:** Las mujeres presentan niveles más elevados de salud mental positiva que los hombres y los pacientes con peor funcionamiento obtuvieron una mayor salud mental positiva, de lo que se deduce que un buen funcionamiento no es un requisito indispensable para presentar una buena salud mental positiva.

**Palabras clave:** salud mental positiva, esquizofrenia, salud mental.

### Abstract

**Introduction:** Positive mental health refers to the concept of well-being and the skills to adapt to adversity, being necessary to pay attention to positivity. Our study was based on Lluch's multifactorial model of positive mental health configured by 6 factors: personal satisfaction, prosocial attitude, self-control, autonomy, problem solving and self-realization, and interpersonal relationship skills.

**Objective:** To determine the levels of positive mental health in outpatients with schizophrenia who live in the community.

**Method:** This is a study with a descriptive cross-sectional design. To measure the positive mental health of patients diagnosed with schizophrenia, the Lluch positive mental health questionnaire was used, a global evaluation and of each of the six factors was carried out. Sociodemographic and clinical variables were collected, and descriptive and correlational analyzes were carried out.

**Results:** The sample consisted of 226 participants with schizophrenia. The mean score of the positive mental health questionnaire was 83.38. Statistically significant differences were observed in relation to sociodemographic and clinical variables, both at the global level and in the 6 positive mental health factors.

**Conclusión:** Women present higher levels of positive mental health than men and patients with poorer functioning obtained a higher positive mental health, from which it is deduced that good functioning is not an essential requirement to present good positive mental health.

**Keywords:** positive mental health, schizophrenia, mental health.

## Introducción

Actualmente, la salud mental constituye un elemento importante en el estado de la salud y del bienestar general. Tener una buena salud mental contribuye al buen funcionamiento de las personas, de las familias y de la sociedad. Pero el concepto de salud mental varía en función del tiempo, lugar, cultura y contexto.

El concepto de salud mental positiva (SMP) apareció en la literatura con el trabajo realizado por Marie Jahoda en 1958, cuando recibió el encargo de la Comisión Conjunta sobre la Enfermedad y la Salud Mental para preparar un informe sobre el estado de la salud mental<sup>1</sup>.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (2004) identificó una serie de enfoques utilizados en la comprensión de la SMP, reconociéndolos como los esfuerzos necesarios en la construcción de una mirada de la salud mental que se aleja de los modelos biomédico y comportamental<sup>1</sup> y en los que se tienen en cuenta aspectos vinculados con el bienestar.

Entre estos enfoques, se encuentran diferentes modelos: la percepción subjetiva de bienestar, en la que se incluirían el modelo de bienestar subjetivo<sup>2</sup>, el modelo de bienestar psicológico<sup>3</sup> y el modelo de bienestar social o salud social<sup>4</sup>; el modelo salutogénico, que estudia la dimensión positiva de la personalidad y se centra en aspectos que generan salud<sup>5</sup>; los planteamientos de George Vaillant, que identifican las siete maneras empleadas en la conceptualización y determinación de la SMP<sup>6</sup>; y por último la psicología positiva desarrollada por George Seligman, que sugirió que esta se podía agrupar en el estudio de las emociones positivas, el estudio de los rasgos positivos y el estudio de las organizaciones positivas<sup>10,11</sup>.

Pero, como hemos referido anteriormente, la idea de SMP como construcción se remonta al trabajo pionero de Marie Jahoda (1958), vinculado a los inicios del modelo comunitario de intervención que pretende promover la salud mental y no solo la prevención de

esta. Uno de los aspectos interesantes de su modelo es que expuso una serie de criterios que podrían caracterizar un estado multidimensional de la SMP. Estos criterios serían aplicables tanto a personas sanas como a las personas con patología.

Posteriormente, Lluich (1999) adaptó y evaluó el modelo de salud mental de Jahoda y propuso un modelo multifactorial de SMP, en el que consideró que existe una estrecha interrelación entre la salud física y la salud mental, planteando la salud desde una perspectiva holística, diferenciando entre el concepto y el constructo. Como concepto, describió los términos de felicidad, satisfacción, optimismo, bienestar y calidad de vida, y posteriormente los conceptos de prevención y promoción. Como constructo, lo definió con dimensiones o términos de manera más específica siendo seis factores los que configuraron el modelo multifactorial de SMP: Satisfacción personal (F1), actitud prosocial (F2), autocontrol (F3), autonomía (F4), resolución de problemas y autoactualización (F5) y habilidades de relación interpersonal (F6)<sup>12-16</sup>.

Actualmente, el modelo, juntamente con el cuestionario de SMP, están siendo desarrollados en múltiples proyectos de investigación, no solo a nivel nacional, sino también en Latinoamérica y Portugal<sup>17</sup>.

## Justificación

Un sector de la población donde es importante determinar la relación entre la salud física y mental es aquel que comprende personas con problemas de salud mental.

La esquizofrenia es un trastorno caracterizado no solo por síntomas psicopatológicos, sino por presentar comorbilidad médica, envejecimiento prematuro, reducción de la vida útil, deterioro cognitivo y discapacidad psicosocial<sup>17</sup>. Por tanto, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar la salud mental positiva en pacientes diagnosticados de esquizofrenia atendidos en la comunidad.

## Metodología

### Diseño del estudio

El diseño fue descriptivo transversal.

### Población y muestra

La población de estudio incluyó 226 pacientes del Centro de Salud Mental de Adultos de Granollers, situado en la provincia de Barcelona (España). Los participantes se incorporaron en el estudio de manera progresiva, durante los dos años que duró la recogida de la muestra (enero de 2017 a diciembre de 2019), participando de manera voluntaria y cumpliendo con los criterios de inclusión requeridos para su selección. Todos los participantes estaban diagnosticados de esquizofrenia según el DSM-IV-TR<sup>14</sup>, con una vinculación mínima de 6 meses. Se excluyeron aquellos que se encontraban en fase aguda de la enfermedad o habían sido dados de alta de la unidad de agudos en el mes previo, así como aquellos que presentaban comorbilidad con discapacidad intelectual y del desarrollo.

### Instrumentos de medida

Para la medición de los datos sociodemográficos y clínicos se construyó un formulario *ad hoc*. Para ello se recogieron las siguientes variables: género, edad en años, estado civil, nivel de estudios, convivencia, situación laboral, diagnóstico, tipo de tratamiento: oral, parenteral, oral-parenteral; años de evolución de la enfermedad.

Para la medición de la SMP se utilizó el *Cuestionario de salud mental positiva* de Lluch (CSMP) (1999)<sup>15,16</sup>. Este cuestionario evalúa la salud mental desde una perspectiva positiva y consta de 39 ítems, agrupados en los seis factores que postulan el modelo.

Los ítems fueron formulados como afirmaciones (positivas y negativas), ofreciendo cada uno de ellos cuatro alternativas de respuesta (siempre o casi siempre, con bastante frecuencia, algunas veces, nunca o casi nunca). Para el análisis, los ítems negativos fueron invertidos. La puntuación global de CSMP oscila en un rango mínimo de 39 puntos y un máximo de 156 puntos. Los valores mínimos y máximos para cada factor son: 8-32 (F1), 5-20 (F2), 5-20 (F3), 5-20 (F4), 9-36 (F5) y de 7-28 (F6). De este modo, se obtuvo una puntuación no solo de cada uno de los 6 factores, sino también la puntuación global del cuestionario.

El CSMP fue validado inicialmente en una muestra de estudiantes de enfermería de la Universidad de Barcelona (España). Los ítems del cuestionario obtuvieron un índice de discriminación interna superior al 0,25. La consistencia interna, analizada mediante el alfa de Cronbach, de la escala global fue de 0,91 y por factores los valores obtenidos fueron F1 = 0,83, F2 = 0,58, F3 = 0,81, F4 = 0,77, F5 = 0,79 y F6 = 0,72. El análisis exploratorio extrajo 6 factores que explicaron el 46,8 de la varianza total del cuestionario, y en la matriz factorial resultante los pesos de cada ítem fueron superiores a 0,40 en todos los casos<sup>17</sup> (tabla 1).

El funcionamiento global se valoró con la escala de valoración de funcionamiento global (GAF)<sup>18</sup>; esta escala permite valorar la gravedad y la evolución del paciente, siendo de uso extenso en psiquiatría, constituyendo el eje V del diagnóstico multiaxial que propone la APA. Indica si existe un nivel de afectación de moderado a severo en el funcionamiento laboral, social y/o familiar, excluyendo los daños físicos y ambientales. Es una escala descriptiva heteroaplicada que consta de un único ítem que se puntúa entre 1 a 100, indicando a mayor puntuación mayor nivel de activación. Utiliza como punto de corte la puntuación correspondiente a afectación leve (70 o menos) en los casos más restrictivos o el de moderado (inferior a 50), que indica una severidad en los síntomas con afectación grave en el funcionamiento y competencia social.

### Procedimiento

A los sujetos participantes se les entregó un documento que contenía la información relevante y necesaria para la participación en el estudio. Las enfermeras/os que realizaron la recogida de datos informaban a los sujetos sobre la naturaleza de este, así como del coste, riesgos y beneficios, resolviendo las dudas y preguntas que pudieran surgirles durante la cumplimentación del CSMP.

### Análisis estadísticos

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas mediante frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Para las variables cuantitativas, medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar (DE)). Seguidamente se analizaron los valores descriptivos de la SMP global y por factores y las relaciones con las variables sociodemográficas y clínicas, aplicando la t de Student o la ANOVA según

cuanto a la actitud prosocial (F2), los pacientes con un GAF superior a 50 ( $p=0,002$ ) presentan más actitud prosocial. En el (F4) autonomía y en el factor de resolución de problemas y autoactualización (F5), se encontraron diferencias significativas en el GAF, ( $p=0,026$ ) y ( $p=0,047$ ) respectivamente, en el sentido que los pacientes que tienen un GAF igual o inferior a 50 puntúan mejor en SMP. En los factores autocontrol (F3) y habilidades de relación interpersonal (F6), no existieron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables sociodemográficas y clínicas (tabla 3).

En relación con las características psicométricas de la escala, en el análisis factorial de componentes principales, los seis factores extraídos explicaron el 48,91 % de la varianza total del cuestionario. El factor F1 explica el más alto porcentaje de varianza explicada (24,31 %), mientras que los otros cinco factores participan en un grado mucho más bajo (F2=7,49%; F3=5,35%; F4=4,76%; F5=4,1; F6=3,60). El alfa de Cronbach (consistencia interna) para la puntuación total de la escala fue de 0,915 y para los factores los valores obtenidos fueron: F1=0,82; F2=0,60; F3=0,70; F4=0,73; F5=0,82; y F6=0,70 (tabla 1).

## Discusión

Los resultados obtenidos indican niveles moderados de SMP en pacientes diagnosticados de esquizofrenia. En la actualidad, hay pocos estudios sobre SMP en pacientes que presentan este diagnóstico<sup>23,24</sup>. Nuestro estudio fue coincidente en algunos aspectos, como podría ser que los solteros presentaron unos niveles más elevados de SMP, así como los que tenían estudios de mayor grado (universitarios), del mismo modo que aquellos que presentaron edades más elevadas presentaron niveles de SMP más bajos en la puntuación general, así como en cada uno de los seis factores específicos<sup>27</sup>.

La muestra presentó un número menor de participantes de sexo femenino, pero proporcionaron unos niveles de SMP más elevados que los hombres, no solo en cuanto a la puntuación global, sino también en la mayoría de los factores. Esto quizás fue debido a que las mujeres tienen más probabilidades de buscar ayuda, apoyo y tener mejores relaciones sociales. Del mismo modo, suelen presentar mayor sensibilidad emocional y expresividad, siendo más probable que los hombres presenten actitudes y habilidades que les confieren una mayor capacidad de respuesta emocional<sup>27</sup>.

Al analizar la SMP, en cada uno de los factores específicos, se encontraron aspectos interesantes y relevantes para la discusión:

En cuanto al factor 1 (satisfacción personal), se encontró que los que obtuvieron mayor puntuación fueron los individuos de edades comprendidas entre los 36 y 50 años, solteros, que convivían con su familia de origen, sin estudios, pero que estaban activos laboralmente. Puntuaron mejor aquellos sujetos con una puntuación en la escala GAF menor o igual a 50, una evolución menor de 5 años del trastorno y con tratamiento oral. Estas últimas variables las podríamos relacionar con el nivel de conciencia de enfermedad. Sin embargo, algunos autores indican que el nivel de SMP, sea positivo o negativo, no guarda relación con el nivel de afectación de patología ya sea esta física<sup>27</sup> o psíquica<sup>28</sup>.

El factor 2 (actitud prosocial) se puede relacionar con la actitud de ayuda a los demás. Las mayores puntuaciones se presentan en la franja de 36 a 50 años, principalmente mujeres, de estado civil soltero, que conviven con otros; normalmente suelen ser personas que conviven en pisos tutelados o recursos residenciales, hecho que implica aceptar y apoyar a los demás para avanzar en el día a día.

Con respecto al autocontrol (factor 3), entendido como la tolerancia a la frustración, la ansiedad y el estrés, obtuvieron mayor puntuación los que se encuentran entre los 36 y los 50 años, que conviven con otros y que no tienen estudios, pero que se encuentran activos laboralmente.

En el factor 4 (autonomía), que se interpreta como la capacidad de tener criterios propios y ser más independientes, puntúan más bajo las edades más elevadas. Este dato coincide con otros estudios publicados donde se remarca que a mayor edad menor percepción de autonomía<sup>23,27</sup>.

En cuanto a la resolución de problemas y autoactualización (factor 5), entendido como la capacidad que tiene la persona para tomar decisiones, adaptarse a cambios y desarrollarse a nivel personal, obtuvieron valores más elevados los solteros, aquellos que conviven con otros y los que están con tratamiento oral.

En el factor 6 (habilidades de relación interpersonal), entendido como aquellas habilidades que la persona tiene para establecer relaciones interpersonales,

empatizar y entender los sentimientos de los demás, proporcionar apoyo emocional y establecer relaciones interpersonales íntimas, obtuvieron valores más elevados las mujeres, los solteros y los que tienen estudios universitarios.

Esto indica que aquellos pacientes que tienen más conocimientos tienen estabilizada su enfermedad y poseen un mejor afrontamiento de los problemas. Estos resultados son coincidentes con los que obtuvo en su estudio Miguel Ruiz<sup>25</sup>.

El cuestionario de salud mental positiva ha sido validado en diferentes estudios con un alfa de Cronbach entre 0,80 y 0,91 por lo que nuestro estudio presenta resultados similares, reafirmando la validación y la fiabilidad del cuestionario<sup>20,25,31</sup>.

### Conclusión

Los resultados indicaron que los pacientes con peor funcionamiento global mostraban mayor SMP, lo que significa que un buen funcionamiento no es un requisito indispensable para presentar una buena salud mental positiva.

Por lo que para aquellos pacientes que tienen un funcionamiento global deficiente también es necesario planificar y ofrecer programas de intervención psico-social enfermera<sup>3</sup> que incidan en la promoción y el fomento de su autocuidado, ya que al mismo tiempo ayudarían a aumentar los niveles de SMP.

### Bibliografía

- Jahoda M. Current concepts of positive mental health. Basic Books, editor. Joint commission on mental health and illness monograph series. 1958; 1:172.
- World Health Organization. Salud mental. Un estado de bienestar [Internet]. World Health Organization; 2014 [cited 2019 Sep 10]. Available from: [https://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Diener E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*. 2000;55(1):34–43.
- Ryff CD. Psychological well-being and health: Past, present and future. *Psicología della Salute*. 2016;7–26.
- Lee C, Keyes M. Social Well-Being\*. *Social Psychology Quarterly*. 1998;61(2):121–40.
- Mantas Jiménez S. Sentido de coherencia, resiliencia y salud mental positiva en los profesionales del Sistema de Emergencias Médicas [Internet]. 2017 [cited 2020 Jun 25]. p. 202. Available from: <http://hdl.handle.net/10803/406045>
- Mantas Jiménez S, Juvinyà I, Canal D, Bertran I, Noguera C, Roldán Merino J, Sequeira C, Luch-Canut MT. Evaluation of Positive Mental Health and Sense of Coherence in Mental Health Professionals [Internet]. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. 2015 [cited 2020 Nov 3]. p. 34–42. Available from: <http://hdl.handle.net/2445/144634>
- Casullo MM, Solano AC, Brenlla ME. La evaluación del bienestar psicológico en adultos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 2001;47(4):316–24.
- Vaillant GE. Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry*. 2012 Jun;11(2):93–9.
- Gancedo M. Psicología Positiva: Posible futuro y derivaciones clínicas. *Psicodebate Psicología, Cultura y Sociedad*. 2009; 9:15–26.
- Laura M, Perugini L, Solano AC. Psicología positiva: Análisis desde su surgimiento. Vol. IV. 2010.
- Seligman M. PERMA and the building blocks of well-being. *Journal of Positive Psychology*. 2018 Jul 4;13(4):333–5.
- Seligman M, Csikszentmihalyi M. Positive Psychology. An Introduction. *American Psychologist*. 2000;55(1):6–14.
- Luch-Canut MT. Construcción De Una Escala Para Evaluar La salud mental positiva [Internet]. Universitat de Barcelona, editor. Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva (Tesis doctoral). Barcelona; 1999 [cited 2017 May 15]. Available from: <https://www.tdx.cat/handle/10803/2366#page=1>
- Luch-Canut MT. Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud Mental*. 2002;25(4):42–55.
- Luch-Canut MT. Construcción y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar la salud mental positiva. *Psicología conductual = behavioral psychology Revista internacional de psicología clínica y de la salud*. 2003;11(1):61–78.
- Kirkpatrick B, Messias E, Harvey PD, Fernandez-Egea E, Bowie CR. Is Schizophrenia a Syndrome of Accelerated Aging? *Schizophrenia Bulletin* vol. 2008;34(6):1024–32.
- American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. 4th edition. American Journal of Psychiatry, editor. American Psychiatric Association. Washington DC; 2000.
- Luch-Canut MT, Puig-Llobet M, Sánchez-Ortega A, Roldán-Merino J, Ferré-Grau C, Albacar-Riobóo N, et al. Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: Correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC Public Health*. 2013 Oct 5;13(1):1–11.
- Aas IM. Global Assessment of Functioning (GAF): Properties and frontier of current knowledge. *Annals of General Psychiatry*. 2010; 9:11.
- Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951 Sep;16(3):297–334.
- IBM SPSS Statistics. Armonk, NY: IBM Corp.; 2017.
- Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. [Internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE). 2018 [cited 2021 May 25]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>
- Myin-Gemeyns I, Delepaule PAEGEG, Devries MW. Schizophrenia Patients Are More Emotionally Active Than Is Assumed Based on Their Behavior. *Schizophrenia Bulletin*. 2000 Jan 1;26(4):847–54.
- Miguel Ruiz MD. Valoración de la salud mental positiva y de los Requisitos de Autocuidado, en pacientes hospitalizados diagnosticados de Esquizofrenia, según la Teoría de Enfermería de Dorothea Orem (Tesis doctoral) [Internet]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2014 [cited 2018 Feb 15]. p. 291. Available from: <http://hdl.handle.net/2445/56453>
- Albacar-Riobóo N. Atenció d'infermeria a la cuidadora principal de persones amb esquizofrènia: Valoració dels requisits d'autocura i de la salut mental positiva [Internet]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). Universitat Rovira i Virgili; 2014 [cited 2020 Jul 26]. p. 250. Available from: <http://www.tdx.cat/handle/10803/294732>



Características sociodemográficas		n	%
Género	Masculino	158	69,9
	Femenino	68	30,1
Edad media 44,39 años (*DE 11,42)			
Edad en años	Hasta 35 años	63	27,9
	De 36 a 50	106	46,9
	Más de 51	57	25,2
Estado Civil	Soltero/a	173	76,5
	Casado/a	23	10,2
	En Pareja	1	0,4
	Separado/a-Divorciado/a	24	10,6
	Viudo/a	5	2,2
Convive	Solo/a	35	15,5
	Con familia propia	32	14,2
	Con familia de origen	120	53,1
	Con otros	39	17,3
Nivel de estudios	Estudios primarios	148	65,5
	Estudios secundarios	50	22,1
	Estudios universitarios	12	5,3
	Sin estudios	16	7,1
Situación laboral	Pensionista	168	74,3
	Activo	23	10,2
	Parado	35	15,5
Características clínicas de la muestra			
Diagnóstico de Esquizofrenia	Tipo paranoide	198	87,6
	Tipo indiferenciado	15	6,6
	Tipo desorganizado	1	0,4
	Tipo residual	12	5,3
Tipo de tratamiento	Oral	118	52,2
	Parenteral	28	12,4
	Oral y Parenteral	79	35
Años de evolución de la enfermedad	Menos de 5	16	7,1
	Entre 5-10	53	23,5
	De 10 a 15	51	22,56
	Más de 15	106	46,9
GAF**	Menor o igual a 50	113	50
	Mayor de 50	113	50

\* (DE) Desviación estándar, \*\*GAF: Valoración de funcionamiento global

Tabla 2: Datos sociodemográficos y clínicos de la muestra, incluido el GAF



<b>Nivel de estudios</b>															
Estudios primarios	148	83,47	18,88	15,8	5,4	9,02	2,87	11,44	3,41	11,14	3,46	19,43	5,98	16	4
Estudios secundarios	50	81,16	20,48	15,36	5,3	9,64	3,4	11,5	3,38	10,74	3,77	18,8	5,56	15,12	5,45
Estudios universitarios	12	86,42	24,11	15,16	5,6	11,5	3,31	11,08	3,47	11,41	4,39	20,25	5,81	17	4,36
Sin estudios	16	85,44	17,95	15,81	6,5	10,5	2,96	11,56	3,01	10,87	3,53	20,5	5,77	16,18	4,38
<b>Con quien vive</b>															
Sol/a	35	83,14	22,52	15,74	5,5	10	3,42	11,37	3,71	10,4	3,77	19,62	6,57	16	4,5
Vive con familia propia	32	78,31	17,78	14,75	5,8	8,87	2,83	10,96	3,21	10,15	3,65	18,75	5,32	14,81	4,33
Vive con Familia de origen	120	83,85	19,55	16,14	5,7	9,75	3,02	11,54	3,4	11,35	3,47	19,16	5,76	15,91	4,62
Vive con otros	39	85,56	17,04	14,92	4	10,53	2,78	11,61	3,12	11,40	3,55	20,53	5,88	16,51	3,73
<b>Situación laboral</b>															
Pensionista	168	82,51	19,06	15,54	5,3	9,77	2,89	11,29	3,41	10,94	3,53	19,14	5,81	15,81	4,44
Activo	23	87,74	18,17	16,26	5,2	9,91	3,59	12,05	3,28	11,56	3,15	20,78	5,99	16,26	3,5
Parado	35	83,86	21,78	15,91	6,3	9,6	3,43	11,17	3,02	11,22	4,05	19,82	6,17	15,91	4,93
<b>Tipo de tratamiento</b>															
Oral	118	84,99	20,46	16,27	5,7	9,88	3,17	11,6	3,34	11,34	3,7	19,84	5,9	16,18	4,77
Parenteral	28	76,89	18,34	13,32	5,1	9,82	2,84	11,03	2,72	10,14	3,78	17,64	6,08	14,92	3,92
Oral y Parenteral	79	82,96	17,93	15,86	5	9,6	2,92	11,4	3,61	10,88	3,26	19,41	5,66	15,78	4,04

<b>Diagnóstico</b>															
Tipo paranoide	198	83,46	19,7	15,71	5,6	9,78	3,06	11,64	3,45	11,07	3,57	19,5	5,77	15,74	4,42
Tipo indiferenciado	15	80,33	18,49	15,86	4,5	9	2,8	10,2	2,51	10,95	4,06	17,33	5,92	17	4,91
Tipo desorganizado	1	85,00	-	18		8		11		12		21		15	
Tipo residual	12	83,33	17,8	14,5	4,5	11,08	2,81	9,75	2,09	10,75	3,25	20,5	7,09	16,75	3,88
<b>Años de evolución de la enfermedad</b>															
Menos de 5	16	83,44	20,1	16,93	6,1	10,06	3,53	11	3,34	10,62	3,32	19,12	5,73	15,68	4,14
Entre 5-10	53	80,77	19,2	16,09	6	9,09	2,63	11,07	3,42	10,83	3,4	18,56	5,95	15,13	3,72
De 10 a 15	51	86,80	20,2	15,88	5,3	10,56	2,98	12,45	3,59	11,7	3,83	20,11	5,99	16,07	4,79
Más de 15	106	82,75	19	15,16	5,1	9,72	3,13	1,21	3,17	10,91	3,56	19,54	5,77	16,17	4,61
<b>GAF</b>															
Menor o igual a 50	113	86,43	18,9	16,15	5,5	10,4	3,18	11,7	3,15	11,59	3,67	20,13	5,75	16,43	4,45
Mayor de 50	113	80,07	19,4	15,18	5,4	9,17	2,77	11,18	3,55	10,5	3,39	18,69	5,88	15,31	4,34

\*T de Student, \*\*ANOVA. GAF: Función de Funcionamiento Global

## **Validación de la versión española de la escala de funcionamiento breve (FAST) en pacientes diagnosticados de esquizofrenia**

Eva María Luján-Luján<sup>1\*</sup>, María Ángeles García-León<sup>2,3\*</sup>, Elena Rodríguez-Cano<sup>2</sup>, Sergi Huertas-Martínez<sup>1</sup>, Montserrat Puig-Llobet<sup>4</sup>, Maria Dolores Miguel-Ruiz<sup>5</sup>, Raimon Salvador<sup>2,3</sup>, Eduard Vieta<sup>3,6,7,8</sup>, Edith Pomarol-Clotet<sup>2,3</sup>

1. Complejo Asistencial en Salud Mental Benito Menni, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España.
2. FIDMAG Germanes Hospitalàries Research Foundation, Barcelona, España.
3. Centro de Investigación Biomédica en Red en Salud Mental (CIBERSAM), España.
4. Universidad de Barcelona, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España.
5. Campus Docent Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España.
6. Hospital Clinic de Barcelona, Barcelona, España.
7. Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España.
8. Institut de Neurociències, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

\*Autores de correspondencia:

Eva María Luján-Luján

Complejo Asistencial en Salud Mental Benito Menni, Sant Boi de Llobregat, Barcelona.

evalujan@hotmail.es

María Ángeles García-León

FIDMAG Germanes Hospitalàries Research Foundation

mgarcia@fidmag.com

## Validación de la versión española de la escala de funcionamiento breve (FAST) en pacientes diagnosticados de esquizofrenia

### Resumen

**Introducción:** El deterioro funcional es una de las principales características del curso de la esquizofrenia e implica un gran impacto en la calidad de vida del paciente. La escala de funcionamiento breve (FAST) validada originalmente en trastorno bipolar también ha sido validada para su aplicación en otros trastornos mentales, aunque solo encontramos un estudio sobre la fiabilidad y validez de la versión brasileña en esquizofrenia. El propósito de este estudio fue analizar las propiedades psicométricas de la versión española de la escala de funcionamiento breve (FAST) en pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

**Material y métodos:** Un total de 226 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia fueron evaluados, cumplimentando la FAST, la GAF y la escala de requisitos de autocuidado (ERA). Se analizaron las propiedades de la escala en términos de consistencia interna, concordancia inter-observador y fiabilidad test-retest. Se analizó también la validez convergente con las escalas GAF y ERA, y la validez de constructo mediante un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC).

**Resultados:** Para el total del cuestionario, los resultados mostraron una elevada consistencia interna (Cronbach's Alpha de .87), así como una buena concordancia inter-observador (CCI = .86) y test-retest (CCI= .77). La validez concurrente con la escala GAF fue discreta ( $r = -.32$ ;  $p < .001$ ) y con la escala ERA moderada ( $r = .50$ ;  $p < .001$ ). El AFC mostró una estructura interna que se ajustaba a los seis factores de la escala original, con un buen nivel de saturación de los ítems para cada factor.

**Conclusiones:** La escala FAST mostró buenas propiedades psicométricas en términos de fiabilidad y validez en su versión española para su aplicación en pacientes con esquizofrenia. Se puede considerar una buena herramienta para evaluar diferentes áreas del deterioro funcional en la práctica clínica y en investigación.

**Palabras clave:** funcionamiento, discapacidad, esquizofrenia, propiedades psicométricas

## Validity of the Functioning Assessment Short Tests (FAST), in patients with schizophrenia

### Abstract

**Introduction:** Functional impairment in schizophrenia is one of the main features of the disorder and implies a great impact on the patient's quality of life. The Brief Functioning Assessment Scale (FAST), originally validated in bipolar disorder, has also been validated for its application in other mental disorders. However, we only found one study on the reliability and validity of the Brazilian version in schizophrenia. The purpose of this study was to analyze the psychometric properties of the Spanish version of the brief functioning scale (FAST) in patients diagnosed with schizophrenia.

**Material and methods:** A total of 226 patients with a diagnosis of schizophrenia were evaluated by mean the FAST, the GAF and the self-care requirements scale (ERA). Scale properties were analyzed in terms of internal consistency, inter-observer agreement and test-retest reliability. Convergent validity with the GAF and ERA scales was also analyzed, as well as construct validity by means of a Confirmatory Factor Analysis (CFA).

**Results:** For the total scale, the results showed high internal consistency (Cronbach's Alpha of 0.87), as well as good inter-observer (ICC = .86) and test-retest (ICC = .77) agreement. Concurrent validity with the GAF scale was discrete ( $r = -.32$ ;  $p < .001$ ) and with the ERA scale was moderate ( $r = .50$ ;  $p < .001$ ). CFA showed an internal structure that matched the six factors proposed by the original scale, with a good level of item saturation for each factor.

**Conclusions:** The FAST scale showed good psychometric properties in terms of reliability and validity in its Spanish version for its application in patients with schizophrenia. It can be considered as a good tool to assess different areas of functional impairment in clinical practice and research.

**Keywords:** functioning, disability, schizophrenia, psychometrics

## Introducción

La esquizofrenia se caracteriza por una profunda alteración a nivel cognitivo y emocional que afecta a numerosas áreas del funcionamiento diario, incluyendo déficits en los dominios social, profesional o el funcionamiento autónomo (pagar facturas, coger el autobús), incluso en periodos de remisión de la sintomatología psicótica (1), generando un gran impacto en la calidad de vida (2). Al menos dos tercios de estos pacientes no pueden alcanzar hitos vitales como conseguir un trabajo y más de la mitad tienen dificultades para mantener relaciones estables (3). Esto determina que entre un 80 y un 90% de los pacientes con esquizofrenia presenten una importante discapacidad funcional (social o laboral) en comparación con lo que podría esperarse según su nivel de funcionamiento premórbido o el nivel familiar (4). Estos déficits en diversas áreas de funcionamiento llevan a considerar la esquizofrenia como una de las condiciones más incapacitantes en adultos, con una prevalencia de 26.3 millones de personas en todo el mundo (5).

Para evaluar el impacto de las medidas terapéuticas rehabilitadoras y para mejorar la comprensión del curso de la enfermedad es necesario medir el funcionamiento de las personas con esquizofrenia (6). También lo es para adecuar la planificación de los sistemas de salud, ya que el diagnóstico por sí solo no predice las necesidades de servicios, los días de hospitalización, el desempeño laboral, etc (7). Es la gravedad sintomática y el deterioro en el funcionamiento en el día a día lo que impacta de manera clara en los costes de salud de la esquizofrenia (8). Sin embargo, el funcionamiento es un constructo complejo que engloba muchos dominios diferentes de los contextos personal, ocupacional o recreativos (9), por lo que resulta complicado obtener una medida global que recoja todas las áreas de funcionamiento y reflejen el estado real del paciente.

Las herramientas más empleadas en la práctica clínica para evaluar el funcionamiento son las escalas de evaluación global, estas escalas se centran

en una evaluación de la funcionalidad como una única dimensión, en lugar de la evaluación de cada una de las dimensiones que la componen. Es el caso de la escala de evaluación de funcionamiento global GAF. Este tipo de escalas presentan limitaciones para su uso en psiquiatría, no distinguen bien entre la recuperación clínica y funcional (10) y al no incluir todas las áreas de funcionamiento, se ven limitadas también al proporcionar una información completa del nivel de deterioro y recuperación del paciente.

Por otro lado, encontramos un instrumento diseñado en español para medir requisitos de autocuidado diseñado específicamente para pacientes con esquizofrenia, la escala de requisitos de autocuidado (ERA). Esta escala se diseñó para permitir a los profesionales de enfermería adecuar un plan de cuidados al evaluar la habilidad de los enfermos para cuidar de sí mismos, habilidad que se relaciona con el funcionamiento global (11). Sin embargo, hay una escasez de instrumentos adaptados a la población española para valorar el funcionamiento del día a día en personas con trastornos mentales graves, especialmente esquizofrenia, tal y como destacan en una revisión reciente, Gil-Palmero y cols. (12). En esta revisión se destacan también deficiencias en el proceso de adaptación, relacionadas con la traducción, la confusión de conceptos o las propiedades métricas de los instrumentos analizados. Concluyen que la conceptualización y evaluación del funcionamiento en este ámbito continúa siendo un tema complejo y controvertido. Entre los instrumentos revisados en este trabajo encontramos: Life Skills Profile (LSP-20), (13) Basic Everyday Living Schedule (BELS), (14) Independent Living Skills Survey (ILSS), (15,16). The Who Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0), (17) Personal and Social Performance (PSP), (18) Spanish version of Performance -Based Skills Assessment (Sp-UPSA) (19) y Function Assessment Short Test (FAST) (20).

La FAST es una entrevista breve diseñada para ser administrada por un clínico entrenado, con un breve manual de uso para la evaluación de cada ítem. La evaluación se refiere al periodo de los 15 días previos y se toma en

consideración tanto la respuesta del paciente como información aportada por el entorno. Esta escala evalúa seis áreas de funcionamiento: ocupacional, autonomía, cognitivo, financiero, relaciones interpersonales y tiempo libre. Diseñada originalmente en español para valorar el funcionamiento en personas con enfermedad mental, muestra unas buenas propiedades psicométricas en pacientes con trastorno bipolar (20). Posteriormente ha sido adaptada a diferentes idiomas (21–26) y validada en pacientes con un primeros episodios psicóticos, (27) trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) (28) y trastornos del espectro autista (29) . En pacientes con esquizofrenia encontramos un único estudio sobre las propiedades psicométricas de la versión de la FAST en portugués, en el que incluyeron a un grupo de 107 pacientes ambulatorios. En este estudio la FAST mostró una alta consistencia interna (alfa de Cronbach de 0.89) y una fiabilidad test-retest excelente (Coeficiente de Correlación Intraclase = 0.93) (30). El uso de la FAST está actualmente muy extendido en patologías limítrofes a la esquizofrenia, como el trastorno bipolar (31–33) y los primeros episodios psicóticos (34–36), e incluso se comienza a utilizar sin validar en pacientes esquizofrénicos (37,38), de modo que la validación de la versión española en la esquizofrenia supondría un paso adelante en la mejora metodológica de los estudios que analizan el funcionamiento de los pacientes con esquizofrenia.

Por lo tanto, teniendo en cuenta la brevedad y facilidad de uso de la FAST, la medida multidimensional que proporciona de la funcionalidad del paciente y las buenas propiedades psicométricas que presenta en versiones en otros idiomas y diagnósticos, el propósito del presente estudio fue analizar las propiedades psicométricas de la versión española de la FAST para su uso en población con diagnóstico de esquizofrenia.

## **Material y métodos**

### **Participantes**

La muestra del estudio estuvo compuesta por 226 participantes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, esquizofrenia indiferenciada, esquizofrenia residual y esquizofrenia desorganizada según el DSM-IV. El reclutamiento se llevó a cabo entre los meses de enero de 2017 y diciembre de 2019 en el Centro de Salud Mental de Adultos de Granollers (Barcelona) a través del psiquiatra o enfermera de referencia de cada paciente. Se excluyeron a todos los pacientes con una vinculación al centro de salud mental inferior a 6 meses, pacientes en fase aguda de la enfermedad o de alta de la unidad de agudos en el mes previo, así como aquellos pacientes con discapacidad intelectual o trastornos del desarrollo.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la institución Benito Menni Complejo asistencial en Salud Mental (Referencia PR 2017-2018). El estudio se ha llevado a cabo conforme a las guías de la declaración de Helsinki (AMM, 2017). Todos los participantes dieron su consentimiento voluntario para participar en el estudio, se les entregó la hoja de información del estudio y firmaron el consentimiento informado correspondiente.

### **Instrumentos**

Todos los participantes fueron entrevistados de forma individual, se pasó una entrevista semiestructurada inicial sobre datos sociodemográficos (edad, género, estado civil, con quien viven, nivel de estudios, situación laboral, grado de discapacidad) y variables clínicas (tipo de tratamiento: oral y/o parenteral; años de evolución de enfermedad y diagnósticos), además de las siguientes escalas y cuestionarios:

**Test Breve de Funcionamiento (FAST), (20).** La escala consta de 24 ítems

con formato de respuesta tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (“ninguna dificultad”, “media dificultad”, “dificultad moderada”, “muchísima dificultad”) puntuadas de 0 (“ninguna dificultad”) a 3 (“muchísima dificultad”). La puntuación total se obtiene de sumar la puntuación en cada ítem, de forma que el rango de la escala va de 0 a 72, mayores puntuaciones indican mayor dificultad de funcionamiento. Los 24 ítems se agrupan en 6 factores o dimensiones de funcionamiento: 1) Autonomía, referida a la capacidad de hacer cosas solo y tomar decisiones propias; 2) Funcionamiento ocupacional, referido a la capacidad de mantener un trabajo remunerado, eficiencia al desarrollar actividades del trabajo, que sea un trabajo relacionado con el área en la que se había formado y recibir un sueldo acorde al puesto de trabajo; 3) Funcionamiento cognitivo, referido a la habilidad para concentrarse, realizar cálculos mentales simples, resolver problemas, aprender nueva información y recordar la información aprendida; 4) Temas financieros, que engloban la capacidad de manejar las finanzas y gastar de forma equilibrada; 5) Relaciones interpersonales, que engloba las relaciones con amigos y familia, realización de actividades sociales, relaciones sexuales y la habilidad para defender ideas y opiniones; 6) Tiempo libre, referido a la capacidad para realizar actividades físicas (deporte, ejercicio) y disfrutar de hobbies. Las propiedades psicométricas de la FAST en España en pacientes con trastorno bipolar (39) mostraron alta consistencia interna, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.909, alta validez concurrente con la GAF ( $r = -0.903$ ,  $p < 0.001$ ), y alta confiabilidad test-retest ( $ICC = 0.98$ ;  $p < 0.001$ ). En pacientes con esquizofrenia, en Brasil (30), la FAST presenta buena consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.89, alta validez concurrente con la GAF ( $r = -0.71$ ,  $p < 0.001$ ) y alta confiabilidad test-retest ( $ICC = 0.93$ ;  $p < 0.005$ ).

**Escala Global de Funcionamiento (GAF)**, (40). Esta escala valora el funcionamiento global del paciente a lo largo de un continuo hipotético de salud-enfermedad. Consta de un ítem que asigna un nivel general de actividad del paciente al momento de la evaluación o en un periodo de tiempo definido. Se puntúa mediante una escala que va de 0 a 100, con los siguientes puntos

de referencia: 0: información inadecuada; 20: algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo, dejar ocasionalmente de mantener la higiene personal mínima o mostrar una alteración importante de la comunicación; 50: síntomas graves o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar; 80: existencia de síntomas transitorios y que constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales, y una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar; 100: actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades.

**Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA)**, (11), mide los requisitos de autocuidado en pacientes con esquizofrenia mediante una entrevista. Se compone de 35 ítems con cinco posibles respuestas específicas de 1 (sin déficit) a 5 (déficit total), que evalúan el déficit de autocuidado, y seis dimensiones correspondientes a los ocho requisitos de autocuidado de Orem (41): mantenimiento de una ingesta suficiente de aire, agua y alimentos; provisión de cuidados asociados al proceso de eliminación; mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso; mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social; previsión de los peligros para el bienestar de la vida humana; y promoción del funcionamiento humano. Presenta una buena consistencia interna en su versión española validada en pacientes con esquizofrenia (Alpha de Chronbach de 0.87), (11).

### **Análisis estadísticos**

Para determinar si alguna de las variables sociodemográficas tenía relación con las puntuaciones de la FAST se utilizó el estadístico de correlación de Pearson y análisis ANOVA comparación de grupos.

Para estudiar la fiabilidad de la FAST se analizó la consistencia interna mediante el coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach, para el total de la escala y para cada uno de seis los factores de esta. En segundo lugar, se analizó la concordancia inter-observador mediante el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) para el total de la escala y para cada uno de los factores en

una muestra de 50 pacientes. La fiabilidad test-retest se analizó en una muestra de 74 pacientes, mediante el CCI. Los pacientes fueron reevaluados en un periodo de entre 7 y 15 días tras la primera evaluación, por un evaluador ciego a los resultados de la evaluación inicial.

La validez convergente fue evaluada con la puntuación en la escala GAF y en la escala ERA mediante el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI). Adicionalmente, se analizó la relación entre los puntos de corte para la gradación de la gravedad de la GAF y de la FAST (ningún déficit, mínimo, leve, moderado y grave) propuestos por Amoretti en pacientes con primeros episodios psicóticos (42), empleando un análisis Chi2 y el coeficiente Gamma para determinar el grado de asociación (43).

Por último, para analizar la validez de constructo, se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) para verificar la estructura interna original de 6 factores. La estimación de parámetros se realizó mediante el método de mínimos cuadrados. Para evaluar el ajuste de los modelos del AFC y la estabilidad a los datos, se utilizó el RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) y el RMSE (Root Mean Standard Error), y los índices de ajuste CFI (Comparative Fit Index) y GFI (Gooness of Fit Index). Adicionalmente, se calcularon diferentes índices incrementales, el índice AGFI (Adjusted Goodness-of-fit Index) y los índices BBNFI (Bentler Bonnet Normed Fit Index) y BBNNFI (Bentler Bonnet Non Normed Fit Index). Finalmente, con respecto al índice de parsimonia se ha utilizado la Chi2 normalizada, definida como la ratio entre el valor de la Chi2 y el número de grados de libertad.

El análisis de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS versión 25.0 (IBM® Statistical Package for the Social Sciences, SPSS) y el programa de ecuaciones estructurales EQS (EQS 6.1 for Windows, Multivariate Software, Inc., Encino, CA, USA).

## **Resultados**

### **Características sociodemográficas**

Se incluyeron en el estudio un total de 226 pacientes, con una media de edad de 44,39 años (DE 11,42), siendo la mayoría hombres con un 69%. El estado civil con mayor porcentaje fue de solteros/as en un 76,5%, un 15,5% vivían solos y un 53,1% vivía en su familia de origen. El 87,6% tenían estudios primarios y/o secundarios y solo un 10,2% estaban laboralmente activos. El 80,5% tenían el grado de discapacidad. El 87,6% de la muestra está diagnosticada de esquizofrenia paranoide, presentando el 46,9% una evolución de más de 15 años de la enfermedad. El 52,2%, están con tratamiento oral. Del 52%, el 32,5% esta en tratamiento con clozapina y seguido del 23,1 %, en tratamiento con olanzapina. Todas las variables sociodemográficas y clínicas, así como las puntuaciones de la FAST en cada uno de los subgrupos según estas variables se muestran en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Variables sociodemográficas y clínicas.

		n	%	Puntuación FAST	media DE
Edad		44,39 años (DE 11,42)			
Sexo	Masculino	158	69,9	35,67	10,88
	Femenino	68	30,1	35,82	11,92
Estado Civil	Soltero/a	173	76,5	36,51	10,78
	Casado/a o en pareja	24	11,2	35,86	12,31
	Separado/a-Divorciado/a	24	10,6	30,75	11,74
	Viudo/a	5	2,2	31,60	14,32
Vive con	Solo/a	35	15,5	35,40	11,63
	Familia propia	32	14,2	35,43	11,46
	Familia de origen	120	53,1	35,52	11,38
	Otros	39	17,3	36,82	10,20
Nivel de estudios	Estudios primarios	148	65,5	35,02	11,17
	Estudios secundarios	50	22,1	36,56	11,43
	Estudios universitarios	12	5,3	39,08	11,97
	Sin estudios	16	7,1	36,93	10,08
Situación laboral	Pensionista	168	74,3	35,18	11,22
	Activo	23	10,2	37,30	10,92
	Parado	35	15,5	31,27	10,66
Grado de discapacidad	Si	182	80,5	35,77	10,81
	No	44	19,5	35,47	12,73
Diagnóstico de Esquizofrenia	Tipo paranoide	198	87,6	35,41	11,04
	Tipo indiferenciado, desorganizado o residual	28	13,4	37,8	12,1
Tipo de tratamiento	Oral	118	52,2	35,88	11,82
	Parenteral	28	12,4	32,35	12,98
	Oral y Parenteral	79	35,0	36,73	9,31
	Sin tratamiento	1	0,4		
Años de evolución	Menos de 5 años	16	7,1	33,06	12,77
	Entre 5-10 años	53	23,5	34,88	8,94
	De 10 a 15 años	51	22,6	36,11	11,41
	Más de 15 años	106	46,9	36,33	11,87

La muestra total presentó una puntuación media en la FAST de 35,72 (DT=11,18). No se encontró relación significativa entre la edad y las puntuaciones de la FAST ni diferencias entre grupos según ninguna de las variables sociodemográficas o clínicas.

El tiempo medio de cumplimentación de la FAST fue de unos 6 minutos, al igual que el cuestionario original (20).

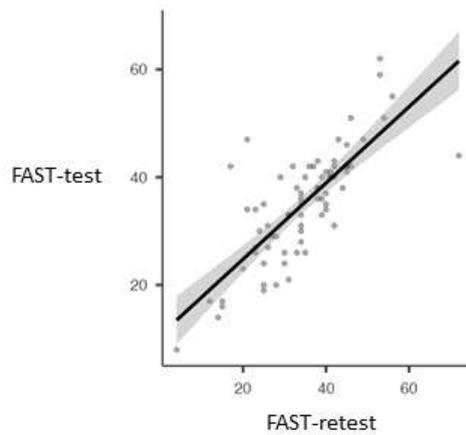
### *Fiabilidad*

El coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach para el total de la escala fue de .87, indicando homogeneidad de los ítems. Adicionalmente se analizó la consistencia interna de cada uno de los factores, obteniendo valores superiores a 0.70. (Factor 1: .79; Factor 2: .95; Factor 3: .74; Factor 4: .78), excepto los factores 5 (relaciones interpersonales) con un valor de .61, y 6 (ocio) con un valor de .66.

El coeficiente de correlación Intraclase (CCI) para la escala total fue de .86 ( $p < .001$ ), indicando una buena concordancia inter-observador. Para todos los factores de la escala el CCI fue superior a .70 (Factor 1: .80; Factor 2: .93; Factor 3: .74; Factor 4: .79; Factor 5: .74; Factor 6: .78).

En relación a la fiabilidad test-retest, la puntuación media del test fue de 34,95 (SD = 10,35) y del retest 34,37 (SD = 11,33) (Figura 1). El CCI fue de .77 ( $p < .001$ ) indicando buena concordancia test-retest.

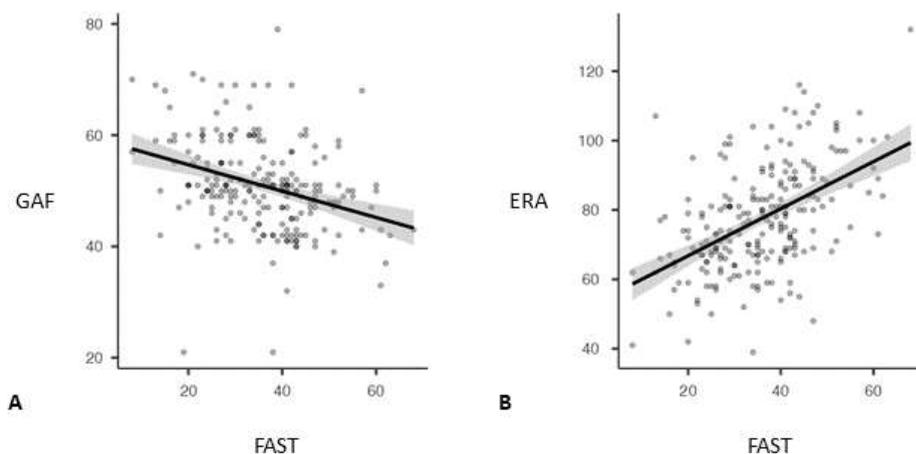
**Figura 1.** Gráfico de correlación entre las puntuaciones Test-Retest de la FAST



### *Validez Convergente*

La validez convergente con la escala GAF mostró una correlación significativa pequeña y negativa ( $r = -.324$ ;  $p < .001$ ). Los pacientes con puntuaciones más altas en la FAST presentaban puntuaciones más bajas en la GAF (Figura 2A). Con la escala ERA, la FAST mostró una correlación moderada y positiva ( $r = .50$ ;  $p < .001$ ). Los pacientes con puntuaciones más altas en la FAST mostraron también puntuaciones más altas en la escala ERA, mostrando una validez convergente moderada (Figura 2B).

**Figura 2.** Gráficos de correlación entre las puntuaciones de la FAST y las puntuaciones de la GAF y la ERA.



La tabulación cruzada 5 × 5 dio como resultado una asociación significativa de las categorías de gravedad de la FAST y de la GAF ( $\chi^2=47,3$ ;  $gl=16$ ;  $p<.001$ ). La clasificación de los pacientes según los puntos de corte del FAST fue la siguiente: 0,9% de la muestra sin deterioro; 5,3% de la muestra con deterioro mínimo; 37,6% con deterioro leve; 38,9% con deterioro moderado y 17,3% con deterioro grave (Tabla 2). El coeficiente Gamma mostró un nivel de asociación positivo y moderado, con un valor de 0.50.

**Tabla 2.** Tabla de contingencia entre los niveles de gravedad según la GAF y la FAST.

FAST	GAF					Total
	Grave	Moderado	Leve	Mínimo	Ninguno	
Grave	33	4	2	0	0	39
Moderado	64	14	7	2	1	88
Leve	43	17	20	5	0	85
Mínimo	4	1	6	1	0	12
Ninguno	0	1	0	1	0	2
Total	144	37	35	9	1	226

#### *Validez de constructo*

El análisis de la estructura interna de la FAST pone de manifiesto un ajuste aceptable del modelo original, tal y como reflejan los índices CFI (.931) y GFI (.971). El RMSEA fue de .060. El resto de índices incrementales muestran un buen ajuste de los datos al modelo original (RMSE = .048; AGFI = .964; BBNFI = .858; BBNNFI = .919), siendo la  $\chi^2$  significativa ( $\chi^2 = 425,399$ ;  $gl=237$ ;  $p<.001$ ) con una razón de ajuste de 1,79.

El factor 2 (ítems 5, 6, 8 y 9) y el factor 4 (ítems 16 y 17) son los que presentan

mayores cargas factoriales o saturaciones, mientras que el factor 5 (ítems 19, 20 y 21) es el que parece estar peor reflejado por sus indicadores. Todas las saturaciones son estadísticamente significativas, como se puede observar en la Tabla 3.

**Tabla 27.** Cargas factoriales derivadas de la estimación LS (mínimos cuadrados) del Análisis Factorial Confirmatorio ( $\lambda_{ij}$ ).

Ítem	D1	D2	D3	D4	D5	D6
P1	.632*					
P2	.663*					
P3	.803*					
P4	.613*					
P5		.943*				
P6		.963*				
P7		.685*				
P8		.915*				
P9		.983*				
P10			.591*			
P11			.642*			
P12			.626*			
P13			.594*			
P14			.574*			
P15				.795*		
P16				.812*		
P17					.579*	
P18					.607*	
P19					.474*	
P20					.284*	
P21					.329*	
P22					.596*	
P23						.661*
P24						.753*

Nota. \* $p < .05$

## Discusión

El objetivo del presente estudio fue analizar las propiedades psicométricas de

la versión española de la FAST para su uso en población con diagnóstico de esquizofrenia. Los resultados mostraron unas buenas propiedades psicométricas en términos de fiabilidad y validez de constructo para su aplicación en español en pacientes con esquizofrenia.

El coeficiente de consistencia interna fue excelente, tanto para los seis componentes como para la escala completa, indicando la homogeneidad de los ítems. La validez concurrente con la escala GAF mostró una correlación negativa significativa, pero baja. Puntuaciones altas en la escala GAF indican menor deterioro en la funcionalidad, mientras que las puntuaciones altas en la FAST indican una peor funcionalidad; por lo tanto, este resultado indica que los pacientes con buen funcionamiento evaluados mediante la FAST presentaban puntuaciones más altas en la escala GAF. Por otra parte, la validez convergente con la escala ERA mostró una correlación positiva significativa y moderada. El análisis test-retest mostró una alta correlación intraclase, con un tiempo entre medidas de entre 7 y 15 días, lo que demuestra una alta fiabilidad. El análisis de concordancia inter-observador mostró también una alta correlación intraclase. Por último, la estructura interna de la escala mostró un ajuste satisfactorio a la estructura factorial de la versión original (20). La carga factorial de los componentes era en gran medida coherente con la estructura a priori del instrumento, excepto para el factor 5 (relaciones interpersonales), que se mostró como el peor representado por sus indicadores.

En pacientes con esquizofrenia, tan solo encontramos un estudio de validación de la versión brasileña de la FAST, en el que se analizó la fiabilidad y la validez en una muestra de 107 pacientes en comparación con un grupo de controles sanos. Los resultados de consistencia interna mostraron un alfa de Cronbach similar a la versión española mientras que el CCI, medido en una muestra de 19 pacientes en un intervalo de entre seis y ocho meses, mostró un nivel alto de fiabilidad test-retest, algo superior al encontrado en la versión española. Estos datos confirman que la escala presenta una fiabilidad satisfactoria para su uso en pacientes con esquizofrenia. En este estudio no se analizó la

fiabilidad inter-observador, que en nuestro estudio presenta un índice de correlación intraclase alto. Sin embargo, a diferencia de la versión española que muestra una discreta validez convergente con la GAF, en la versión brasileña se halló correlación más alta. Esta diferencia puede deberse a la dificultad de medir el funcionamiento psicosocial (44), junto con el hecho de que ambas escalas están sujetas al sesgo de los evaluadores. De hecho, se ha visto que la variación en las puntuaciones de la GAF puede suponer más del 50% de la dispersión de las puntuaciones, y las desviaciones pueden ser de 20 puntos o más (45). Además, cabe mencionar que al emplear la categorización propuesta por Amoretti (42), la categoría “grave” incluyó al 63,7% de los pacientes según la GAF y al 17,3% según la FAST. Esta falta de concordancia entre la FAST y la GAF en esta categoría podría atribuirse a la variabilidad de la GAF o a que las puntuaciones de la categoría “grave” presentan un rango más amplio, lo que aumenta la probabilidad de que los pacientes sean clasificados en esta categoría.

Por otro lado, para evaluar la validez convergente, en este estudio se empleó también la escala ERA, diseñada para medir requisitos de autocuidado en esquizofrenia, un constructo muy relacionado con la funcionalidad, aunque no contempla dimensiones como la laboral o la cognitiva (11). Los resultados mostraron un nivel de correlación medio, lo que indica buena validez convergente de la FAST, teniendo en cuenta las dimensiones comunes entre ambas escalas. En relación a la validez de constructo, el análisis factorial confirmatorio mostró un buen ajuste al modelo propuesto en la escala original de seis factores (20). Todos los ítems mostraron una carga factorial estadísticamente significativa y alta, excepto para los ítems 19 (*tener buena relación con personas cercanas*), 20 (*vivir con la propia familia*) y 21 (*tener relaciones sexuales satisfactorias*), pertenecientes al factor 5 (*relaciones interpersonales*), en los que esta carga fue inferior a 0,5. Por ello, serán necesarios estudios adicionales para determinar la relevancia de estos ítems para evaluar la dimensión de relaciones interpersonales en pacientes con esquizofrenia.

Este estudio presenta diferentes limitaciones, en primer lugar la muestra de pacientes estuvo compuesta en su mayoría por pacientes con más de 15 años de evolución de la enfermedad, por lo que se hacen necesarios más estudios para analizar las propiedades psicométricas de la escala en pacientes con menor evolución de la enfermedad. Además, aunque se registró el tipo de medicación empleada, no se incluyó en los análisis para determinar su efecto en la funcionalidad de los pacientes. En segundo lugar, la relación con la GAF fue baja, a diferencia de estudios previos. Teniendo en cuenta las puntuaciones de la GAF podríamos pensar que hay cierto sesgo hacia el rango de deterioro “grave”, por lo que serán necesarios más estudios para determinar la relación entre ambas escalas. En tercer lugar, no se incluyó un grupo control y por tanto no se cuentan con datos para analizar la validez divergente.

En conclusión, la escala FAST mostró buenas propiedades psicométricas en su versión española en la presente muestra de pacientes con esquizofrenia. Se puede considerar un instrumento fiable y válido. La escala FAST es sencilla y su aplicación es fácil y rápida, lo que la convierte en una buena herramienta para evaluar diferentes áreas del deterioro funcional en la práctica clínica e investigadora en la esquizofrenia. Su uso se está extendiendo internacionalmente y en los países de habla hispana, lo que hace esta validación más urgente y relevante. Sin embargo, son necesarios futuros estudios más amplios para determinar la estructura factorial de la escala y estudios de seguimiento más prolongados que reproduzcan y apliquen los puntos de corte propuestos para su uso en la práctica clínica y para una mejor caracterización de la funcionalidad de los pacientes con esquizofrenia y su variabilidad a lo largo de la enfermedad.

## Bibliografía

1. Leung WW, Bowie CR, Harvey PD. Functional implications of neuropsychological normality and symptom remission in older outpatients diagnosed with schizophrenia: A cross-sectional study. *J Int Neuropsychol Soc.* mayo de 2008;14(3):479-88.
2. Penn DL, Sanna LJ, Roberts DL. Social Cognition in Schizophrenia: An Overview. *Schizophr Bull.* 1 de mayo de 2008;34(3):408-11.
3. Breier A, Schreiber JL, Dyer J, Pickar D. National Institute of Mental Health Longitudinal Study of Chronic Schizophrenia: Prognosis and Predictors of Outcome. *Arch Gen Psychiatry.* 1 de marzo de 1991; 48(3):239-46.
4. Cardenas V, Abel S, Bowie CR, Tiznado D, Depp CA, Patterson TL, et al. When Functional Capacity and Real-World Functioning Converge: The Role of Self-Efficacy. *Schizophr Bull.* 1 de julio de 2013;39(4):908-16.
5. World Health Organization (WHO). Schizophrenia Fact Sheet. 2008;
6. Gorostiaga A, Balluerka N, Guilera G, Aliri J, Barrios M. Functioning in patients with schizophrenia: a systematic review of the literature using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a reference. *Qual Life Res.* 2017; 26(3):531-43.
7. WHO. World Health Organization (WHO), 2002. Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health: ICF. The International Classification of Functioning, Disability and Health. [Internet] WHO, Geneva. internet. 2002.
8. Moreno-Küstner B, Mayoral F, Rivas F, Angona P, Requena J, García-Herrera JM, et al. Factors associated with use of community mental health services by schizophrenia patients using multilevel analysis. *BMC Health Serv Res.* 2011;11(1):257.
9. Rocca P, Brasso C, Montemagni C, Bellino S, Rossi A, Bertolino A, et al. Accuracy of self-assessment of real-life functioning in schizophrenia. *Npj Schizophr.* 2021;7(1).
10. Berns S, Uzelac S, Gonzalez C, Jaeger J. Methodological considerations of measuring disability in bipolar disorder: validity of the Multidimensional Scale

of Independent Functioning. *Bipolar Disord.* 2007;9(1-2):3-10.

11. Roldán-Merino J, Lluch-Canut T, Menarguez-Alcaina M, Foix-Sanjuan A, Haro Abad JM, Group QW. Psychometric Evaluation of a New Instrument in Spanish to Measure Self-Care Requisites in Patients With Schizophrenia. *Perspect Psychiatr Care.* 2014;50(2):93-101.

12. Gil-Palmero AM, Moro-Ipola M, Montañés-Martí S. Spanish versions of assessment tools for functioning and activities daily living in Schizophrenia: What do they measure? *Actas Esp Psiquiatr.* 2020;48(6):256-70.

13. Burgés V, Fernández A, Autonell J, Melloni F, Bulbena A. Adaptación y validación española del Life Skills Profile, forma abreviada (LSP-20): un instrumento para valorar las habilidades de la vida cotidiana en contextos clínicos reales. *Actas Esp Psiquiatr.* 2006;34(0):79-88.

14. Jiménez JF, Torres F, Laviana M, Luna JD, Trieman N, Rickard C. 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.* 2000;28(5):284-8.

15. Wallace CJ, Liberman RP, Tauber R, Wallace J. The Independent Living Skills Survey: A comprehensive measure of the community functioning of severely and persistently mentally ill individuals. *Schizophr Bull.* 2000;26(3):631-58.

16. Martín Puerta J. 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*; 2018.

17. Vázquez-Barquero JL, Vázquez Bourgón E, Herrera Castanedo S, Saiz J, Uriarte M, Morales F, et al. Versión en lengua española de un nuevo cuestionario de evaluación de discapacidades de la OMS (WHO-DAS-II): Fase inicial de desarrollo y estudio piloto. *Actas Esp Psiquiatr.* marzo de 2000;28(2):77-87.

18. Garcia-Portilla MP, Saiz PA, Bousoño M, Bascaran MT, Guzmán-Quilo C, Bobes J. Validación de la versión española de la escala de Funcionamiento Personal y Social en pacientes ambulatorios con esquizofrenia estable o inestable. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2011; 4(1):9-18.

19. Garcia-Portilla MP, Gomar JJ, Bobes-Bascaran MT, Menendez-Miranda I, Saiz PA, Muñiz J, et al. Validation of a European Spanish-version of the University of California performance Skills Assessment (Sp-UPSA) in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res.* 2013;150(2-3):421-6.
20. Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2007;3:1-8.
21. Aydemir O, Uykur B. Reliability and validity study of the turkish version of functioning assessment short test in bipolar disorder. *Turk Psikiyatri Derg.* 2012;23(3):193-200.
22. Barbato A, Bossini L, Calugi S, D'Avanzo B, Fagiolini A, Koukouna D, et al. Validation of the Italian version of the Functioning Assessment Short Test (FAST) for bipolar disorder. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2013;22(2):187-94.
23. Cacilhas AA, Da Silva Magalhães PV, Ceresér KM, Walz JC, Weyne F, Rosa AR, et al. Validity of a short functioning test (FAST) in Brazilian outpatients with bipolar disorder. *Value Health.* 2009;12(4):624-7.
24. Claire D, Raust A, Fouques D, Barbatob A, Etain B, Henry C. Validation of the French version of the functioning assessment short test (FAST) in patients with bipolar disorder. A study from the french bipolar expert centers network. *Int Clin Psychopharmacol.* 2012;28:e62-3.
25. Moro MF, Colom F, Floris F, Pintus E, Pintus M, Contini F, et al. Validity and Reliability of the Italian Version of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in Bipolar Disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2012;8(1):67-73.
26. Suominen K, Salminen E, Lähteenmäki S, Tupala T, Isometsä E. Validity and reliability of the Finnish version of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Int J Bipolar Disord.* 2015;3(1):67-73.
27. González-Ortega I, Rosa A, Alberich S, Barbeito S, Vega P, Echeburúa E, et al. Validation and use of the functioning assessment short test in first psychotic episodes. *J Nerv Ment Dis.* 2010;198(11):836-40.
28. Rotger S, Richarte V, Nogueira M, Corrales M, Bosch R, Vidal R, et al. Functioning Assessment Short Test (FAST): validity and reliability in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.*

2014;264(8):719-27.

29. Gisbert-Gustemps L, Lugo-Marín J, Ramos IS, Martín GE, Vieta E, Bonnín CM, et al. Functioning assessment short test (FAST): validity and reliability in adults with Autism Spectrum Disorder. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):321.

30. Zortéa K, da Silva Magalhães PV, Rosa AR, de Lucena DF, Guimarães LR, Petter Francesconi LP, et al. Concurrent Validity and Reliability of the Brazilian Version of the Functioning Assessment Short Test in Patients with Schizophrenia. *Value Health Reg Issues*. 2012;1(2):244-7.

31. Bonnin CDM, Valls E, Rosa AR, Reinares M, Jimenez E, Solé B, et al. Functional remediation improves bipolar disorder functioning with no effects on brain-derived neurotrophic factor levels. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol*. junio de 2019;29(6):701-10.

32. López-Villarreal A, Sánchez-Morla EM, Jiménez-López E, Martínez-Vizcaíno V, Aparicio AI, Mateo-Sotos J, et al. Predictive factors of functional outcome in patients with bipolar I disorder: a five-year follow-up. *J Affect Disord*. 1 de julio de 2020;272:249-58.

33. Vieta E, Calabrese JR, Whelan J, Tohen M, Earley WR. The efficacy of cariprazine on function in patients with bipolar depression: a post hoc analysis of a randomized controlled trial. *Curr Med Res Opin*. 2 de septiembre de 2021;37(9):1635-43.

34. Ballesteros A, Sánchez Torres AM, López-Ilundáin J, Mezquida G, Lobo A, González-Pinto A, et al. The longitudinal effect of antipsychotic burden on psychosocial functioning in first-episode psychosis patients: the role of verbal memory. *Psychol Med*. 24 de abril de 2020;1-10.

35. Salagre E, Grande I, Vieta E, Mezquida G, Cuesta MJ, Moreno C, et al. Predictors of Bipolar Disorder Versus Schizophrenia Diagnosis in a Multicenter First Psychotic Episode Cohort: Baseline Characterization and a 12-Month Follow-Up Analysis. *J Clin Psychiatry*. 3 de noviembre de 2020;81(6):19m12996.

36. Verdolini N, Amoretti S, Mezquida G, Cuesta MJ, Pina-Camacho L, García-Rizo C, et al. The effect of family environment and psychiatric family

history on psychosocial functioning in first-episode psychosis at baseline and after 2 years. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol*. agosto de 2021;49:54-68.

37. Jiménez-López E, Sánchez-Morla EM, Aparicio AI, López-Villarreal A, Martínez-Vizcaíno V, Rodríguez-Jimenez R, et al. Psychosocial functioning in patients with psychotic and non-psychotic bipolar I disorder. A comparative study with individuals with schizophrenia. *J Affect Disord*. 15 de marzo de 2018;229:177-85.

38. Huarcaya-Victoria J. Factors associated with overall functioning in patients with schizophrenia in a general hospital in Peru. *Rev Colomb Psiquiatr Engl Ed*. 1 de octubre de 2021;50(4):252-9.

39. Rosa AR, Sánchez-Moreno J, Martínez-Aran A, Salamero M, Torrent C, Reinares M, et al. Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clin Pr Epidemiol Ment Health*. 2007;3(5):1-9.

40. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance. *Arch Gen Psychiatry*. junio de 1976;33(6):766-71.

41. Denyes MJ, Orem DE, Bekel G, SozWiss null. Self-care: a foundational science. *Nurs Sci Q*. enero de 2001;14(1):48-54.

42. Amoretti S, Mezquida G, Rosa AR, Bioque M, Cuesta MJ, Pina-Camacho L, et al. The functioning assessment short test (FAST) applied to first-episode psychosis: Psychometric properties and severity thresholds. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2021;47:98-111.

43. Priest RF, Butler RP. Don't Use a Contingency Coefficient, Use Gamma [Internet]. 1975 [citado 14 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://eric.ed.gov/?id=ED114420>

44. Aas IM. Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF). *Ann Gen Psychiatry*. 20 de enero de 2011;10(1):2.

45. Loevdahl H, Friis S. Routine evaluation of mental health: reliable information or worthless 'guesstimates'? *Acta Psychiatr Scand*. 1996;93(2):125-8.

