

## Trabajo Fin de Máster

Pérdida de la funcionalidad en el Trastorno Mental  
Grave en una unidad de Psicogeriatría

Loss of functionality in Severe Mental Illness in a  
Psychogeriatric unit

Autor

**Marta Aguilar Bueno**

Director

Carmen Muro Baquero

Facultad de ciencias de la salud  
2017/2018

## ÍNDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	5
- Antecedentes.....	5
- Estado actual.....	6
- Justificación.....	10
Hipótesis.....	12
Objetivos.....	12
Metodología.....	13
- Tipo de estudio.....	13
- Criterios de inclusión.....	13
- Criterios de exclusión.....	13
- Variables.....	13
- Instrumentos de medida.....	14
- Análisis estadístico.....	14
- Procedimiento y consideraciones éticas.....	15
Resultados.....	16
Discusión.....	22
- Limitaciones.....	24
Conclusiones.....	24
Bibliografía.....	26
Anexos.....	29
- Consentimiento Informado.....	29
- Evaluación CEICA.....	34
- Escala HoNOS65+.....	35

## **RESUMEN**

**Introducción:** Las personas mayores de 65 años diagnosticadas de algún TMG (Trastorno Mental Grave) son más vulnerables que el resto de la población y suelen perder la capacidad de ser independientes de forma precoz. Por ello es fundamental medir la funcionalidad que tiene este colectivo en las diferentes esferas de su vida; biológica, psicológica y social para ver en qué área necesitan más apoyo e incluso realizar una prevención primaria en función de los diferentes diagnósticos.

**Objetivo:** Establecer el grado de relación existente entre diferentes Trastornos Mentales Graves con la pérdida de funcionalidad.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal, observacional realizado a 32 pacientes mayores de 65 años residentes en el CRP N<sup>a</sup> Señora del Pilar en Zaragoza a los cuales se ha valorado la funcionalidad a través de la escala HoNOS65+.

**Resultados:** 32 participantes, 43,8% mujeres y 56,2% hombres con una media de edad de  $75,75 \pm 7,207$ . La escala HoNOS65+ da una puntuación media de  $24,84 \pm 8,093$ ; diferenciando por sexos los hombres obtienen  $25,56 \pm 8,075$  frente a las mujeres con  $23,93 \pm 8,325$ . También se observa una relación significativa de la escala con la edad, y el diagnóstico más incapacitante, el Trastorno Afectivo con una puntuación de;  $34,67 \pm 5,508$ .

**Conclusiones:** Con este trabajo se observa una relación entre tener más años de edad y una mayor pérdida de funcionalidad. Por otro lado, pese a que el colectivo que más puntuación ha obtenido en la escala HoNOS65+ es el diagnosticado de algún Trastorno Afectivo no es un dato representativo debido a la escasez de la muestra, por lo que sería conveniente realizar más estudios con personas mayores de 65 años diagnosticados de TMG.

**Palabras clave:** Trastorno Mental Grave, Psicogeriatría, HoNOS65+, mayores de 65 años, funcionalidad.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Elderly people with SMI (Severe Mental Illness) are more vulnerable than the rest of the population and due to this fact, they tend to lose their independence earlier. It is extremely important to assess the functionality that these people have in different aspects of their lives; biological, psychological, social and discover which of these areas need to be more supported even depending on their diagnosis, primary prevention could be done.

**Objective:** Establish the relationship between different Serious Mental Illness with the loss of functionality.

**Methodology:** A descriptive, cross-sectional, observational study conducted on 32 patients over 65 years of age living in the CRP N<sup>a</sup> Señora del Pilar in Zaragoza, to whom functionality has been assessed through the HoNOS65+ scale.

**Results:** 32 participants, 43,8% women and 56,2% men with an average age of  $75,75 \pm 7,207$ . HoNOS65+ scale gives an average score of  $24,85 \pm 8,093$ ; Differentiating by sex, men obtained  $25,56 \pm 8,075$  compared to women with  $23,93 \pm 8,325$ . A significant relationship of the scale with age is also observed, and regarding with the most disabling diagnosis; Affective disorder has a score of  $34,67 \pm 5,508$ .

**Conclusion:** This work shows a relationship between having more years of age and a higher loss of functionality. On the other hand, despite the fact that the group that scored the most on the HoNOS65 + scale is the diagnosis of some Affective Disorder, it is not a representative fact due to the shortage of the sample, so it would be advisable to carry out more studies with people over 65 years diagnosed with TMG.

**Key words:** Severe Mental Illness (SMI), Psychogeriatric, elderly, functionality, over 65 years.

## INTRODUCCIÓN:

### *ANTECEDENTES*

El binomio salud-enfermedad no puede ser entendido solo como algo fisiológico, sino que también debe incluir otros ámbitos del ser humano y ser considerado como un constructo biopsicosocial. Del mismo modo las enfermedades mentales deben ser tenidas en cuenta y se deben estudiar los procesos incapacitantes que evitan la independencia y la funcionalidad de estas personas.

La Psiquiatría ha tenido una larga evolución a lo largo de los años y ha pasado por diversas etapas hasta que finalmente se estableciera como una rama de la medicina gracias al alemán Emil Kraepelin.

En el inicio de los tiempos, era considerada como un fenómeno mágico, como una posesión demoniaca de la persona a la que se le realizaban una serie de rituales, *“para la mentalidad primitiva, dominada por procesos primarios de pensamiento, la magia constituye la primera manifestación de una medicina”* (1), posteriormente las civilizaciones griegas y romanas le dieron un sentido más racional investigando la causa-efecto de esos comportamientos, pensamiento que siguió hasta el siglo XVIII. Con la caída del Imperio romano las ciencias médicas sufrieron una involución incluida la Psiquiatría, puesto que fue la iglesia la que se ocupó de destituir a esta ciencia y considerar las enfermedades mentales otra vez como fenómenos mágicos, excluyendo de la sociedad a todas esas personas que padecían algún trastorno mental.

En el Siglo XIX lo que intentaba la comunidad era prevenirse del “loco” y confinarlos a instituciones apartadas para su recuperación, marginándolos de la sociedad. En 1849 se promulgó la ley de Beneficencia que fue la que se instauró en España hasta las primeras décadas del siglo XX, dándole más importancia a la Psiquiatría privada en donde el médico era el que ostentaba el poder, no como en la pública que muchas veces se relegaban las funciones del médico al sacerdote. Y es la actualidad, en el siglo XXI, en donde *“la aparición de los psicofármacos ha significado la mayor revolución en el campo de la Psiquiatría”* (2) y se intenta tener en cuenta a la persona que padece algún trastorno mental incluyéndola en el proceso de rehabilitación, para reinsertarla en la sociedad, teniendo en consideración todas sus esferas: biológica, psicológica y social.

## **ESTADO ACTUAL**

Actualmente, por la visión de la Psiquiatría y la evolución del concepto de “enfermo mental”, se valoran muchas otras áreas del ser humano y surgen otros ámbitos que necesitan ser estudiados para poder brindarles a estas personas una calidad de vida, para ello es necesario analizar el funcionamiento de la persona en sus diferentes esferas. *“Es un ser integral que se desenvuelve dentro de un ambiente; en él influye un sinnúmero de características biológicas, psicológicas, sociales y espirituales”* (3).

Hoy en día, para designar enfermedades mentales con tendencia a cronificarse se ha establecido el término TMG (Trastorno Mental Grave). Este concepto es ampliamente utilizado en el campo asistencial y en la literatura científica. *“Personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves y crónicos como: esquizofrenia, trastornos maniaco-depresivos y depresivos graves recurrentes, síndromes cerebro-orgánicos, trastornos paranoides y otras psicosis, así como algunos trastornos graves de la personalidad, que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica.”* (4).

Por lo general los TMG suelen tener una evolución larga en el tiempo y eso afectaría a la calidad de vida de las personas, funcionalidad y relaciones sociales *“en este planteamiento la salud queda configurada como el elemento clave que relaciona el funcionamiento y la discapacidad”* (5).

En las sociedades actuales ha habido un envejecimiento importante de la población y eso nos lleva a que cada vez se preste más atención a la calidad de vida de las personas mayores y a sus enfermedades físicas y mentales que les impiden llevar una vida libre de limitaciones. *“Se estima que cerca de un 25% de las personas mayores de 60 años son diagnosticadas de algún trastorno psicopatológico/psiquiátrico (Carbonell, 2000), presentando un alto nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria (Gázquez et al., 2007)”* (6).

Este colectivo es más vulnerable que el resto de población, puesto que muchas de sus facultades van disminuyendo a consecuencia del paso del tiempo y van perdiendo capacidades para ser independientes a la hora de cubrir sus necesidades más básicas.

Por lo que las personas mayores con TMG son individuos a los que hay que diferenciar tanto del colectivo de pacientes con TMG como del resto de población que tiene una edad avanzada, puesto que personas mayores con TMG significa que tienen unas peculiaridades y necesidades especiales, requiriendo unos cuidados concretos y específicos para dar respuesta a sus carencias, teniendo en cuenta sus derechos y su integridad personal. *“Las personas con TMG han constituido uno de los colectivos más discriminados de la historia, siendo reclusos en instituciones manicomiales, hasta la lucha en las últimas décadas por considerarlos ciudadanos sujetos de derechos”* (7).

La funcionalidad es un área del ser humano de máxima importancia, ya que a través de ella podemos conocer el grado de discapacidad o falta de autonomía de la persona y descubrir en qué ámbito necesita reforzamiento, bien sea en el área social por falta de red u apoyo familiar, área psicológica o en las actividades de la vida diaria, simplemente para cubrir sus necesidades más primarias. *“Para la clasificación internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF, OMS, 2001a) el funcionamiento es un término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica todos los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)”* (8).

Las ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria), son un reflejo de la funcionalidad e independencia de las personas para mantenerse autónomos en el día a día y ser capaces de cubrir sus necesidades más básicas sin ayuda. *“Actualmente dentro de las ABVD se incluyen la alimentación, el aseo, baño, vestido, movilidad personal, sueño y descanso”* (9).

Por lo general los seres humanos cuando llegan a una determinada edad, necesitan una cierta colaboración para poder realizar sus ABVD, puesto que con la edad su capacidad de mantenerse independientes disminuye. Las personas de edad avanzada con algún TMG es bien conocido que sufren más riesgo de poder perder su autonomía de forma precoz debido a la alteración cognitiva que padecen siendo un factor de riesgo a ser tenido en cuenta por los profesionales que se encargan de sus cuidados. Para ello hay

que valorar el estado individual en el que se encuentra cada persona, ya que variará en función de la patología que tenga de base y sobre todo de la red de apoyo con la que cuente. *“La importancia de evaluar la capacidad funcional recae ante posibilidad de conocer las limitaciones existentes, prevenir el inicio de nuevas recaídas y realzar las capacidades que la persona posee” (10).*

El poder conocer las capacidades que los individuos poseen para su manejo en la sociedad, es una herramienta que nos aporta mucha información a los profesionales de todos los ámbitos que nos encargamos de la atención y cuidado de estos individuos. *“La identificación de los factores de riesgo (FR) permitirá prevenirlos y corregirlos, aunque la gran mayoría están bien detectados, existen otros por determinar y estudiar” (11).*

Para valorar la funcionalidad de los individuos con TMG a nivel internacional hay varias escalas o cuestionarios que se están utilizando como, por ejemplo: WHODAS 2.0 siendo un instrumento que mide seis dominios dando información acerca del grado de discapacidad de las personas adultas donde la puntuación oscila entre 0 y 100 siendo esta la puntuación que indica mayor discapacidad. Otro método sería, “LSP life skills profile”, una escala tipo Likert de mayor (4) a menor (1) puntuación que se encarga de medir el perfil de habilidades de la vida cotidiana en personas con trastorno mental crónico y se compone de 5 subescalas.

Por otro lado, en España para valorar la funcionalidad de población mayor existen una gran variedad de instrumentos como: el índice de Barthel, el índice de Katz ambos para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), la escala de la Cruz Roja, la escala de Lawton y Brody la cual mide la capacidad para llevar a cabo actividades instrumentales de la vida diaria, la escala de Tinetti que evalúa el riesgo de caídas ...etc.

Todas estas escalas han demostrado ser válidas y fiables en colectivos con patologías orgánicas relacionadas con algún problema biológico, pero tras realizar una amplia revisión bibliográfica de la literatura existente en el campo de la Psiquiatría, no hay gran evidencia científica de ellas y no se conoce su utilidad en personas con TMG, por lo que se han descartado para este proyecto. *“En nuestro país, existe una necesidad de estudiar la efectividad de los programas dirigidos a las personas mayores. Además, existe la necesidad de medidas específicas de resultados para la población de personas mayores” (12).*



En España escalas específicas para personas mayores con TMG son “*HoNOS (Health of the Nation Outcomes, 1998)* y la escala *BELS* ambos instrumentos de valoración específicos para trastornos mentales graves, muy utilizadas en el campo de rehabilitación psicosocial, y que se centran en valorar la autonomía personal y social. Además, son instrumentos adecuados para medir el funcionamiento de las personas en su vida diaria” (9).

“The Health of Nation Outcomes Scales (HoNOS)” ha ido desarrollando a lo largo del tiempo una escala para medir los distintitos aspectos de la vida de las personas que padecen algún tipo de TMG. “*En los últimos 20 años The Health of the Nation Outcomes Scales ha aportado una forma de medir la salud y la función social de las personas que usan los servicios de salud mental. HoNOS es una forma de comparar 12 escalas que miden los síntomas, funcionalidad, relaciones sociales y problemas ambientales*” (13).

Es una escala desarrollada por el “Royal College of Psychiatrists”, Colegio de Psiquiatras de Reino Unido, y fue creada para medir la funcionalidad social y en salud de personas con Trastornos Mentales Graves. Existe una primera versión que es HoNOS, la cual consiste en un conjunto de 12 subescalas que miden un ámbito diferente de la persona.

Posteriormente a partir de esta primera versión se han ido desarrollando otras en función de la población a la que puede ir dirigida:

- HoNOS para adultos
- HoNOS65+ personas mayores de 65 años
- HoNOSCA para niños y adolescentes
- HoNOS-Secure usado en servicios sociales, psiquiatría, prisiones y relacionado con servicios forenses y de la comunidad
- HoNOS-LD para niños con problemas de aprendizaje
- HoNOS-ABI para lesiones cerebrales adquiridas

En este caso se ha decidido utilizar la HoNOS65+, puesto que donde se ha obtenido la muestra de pacientes para poder desarrollar este proyecto es en un centro de Psicogeriatría.

HoNOS65+ es una variante de la escala inicial HoNOS, que va dirigida para población mayor de 65 años, fue creada a partir de la anterior por el Colegio de Psiquiatras de Reino Unido y con el paso de los años ha sido traducida a diversos idiomas, incluido el Castellano. Esta variante fue creada por el Colegio de Psiquiatras Británico y traducida por Ausín Benito et al. (12) con la colaboración del Implementation Group (HIG65+) del Lewisham University Hospital (UK).” *Este trabajo pone de manifiesto que las características psicométricas de la versión HoNOS65+ en castellano son adecuadas en cuanto a su fiabilidad y validez” (12).*

Al igual que la versión inicial, esta variante mide la funcionalidad de las personas mayores de 65 años con TMG a través de 12 ítems valorados de 0-4 donde se refleja la falta de autonomía y capacidad tanto para sus actividades básicas de la vida como en la esfera social y psicológica.

Tras la revisión de la literatura existente, se encontraron bastantes artículos que empleaban HoNOS a nivel genérico, pero concretamente con la variante HoNOS 65+ se descubrieron 3 artículos en bases de datos internacionales (14,15,16) y en España más específicamente otros 3 (12,17,18).

## ***JUSTIFICACIÓN***

El motivo por el que he realizado este trabajo centrado en la funcionalidad de las personas con TMG en una unidad de Psicogeriatría, es porque además de formar parte como enfermera en el centro donde se ha realizado el estudio, es un tema que actualmente resulta muy interesante puesto que muchas veces se estigmatiza a las personas que padecen alguna enfermedad mental y simplemente nos dedicamos a su cuidado más básico, pero hay esferas que necesitan ser evaluadas.

Este tipo de proyecto es imprescindible en el área de la Psiquiatría, ya que el medir el grado de funcionalidad de personas diagnosticadas de algún TMG revela gran información acerca de su estado y muestra qué áreas necesitan ser reforzadas, por lo que su tratamiento, mantenimiento y rehabilitación se realizaría desde un enfoque individual conociendo los puntos fuertes y débiles de cada individuo, siendo de gran utilidad para

los profesionales y los propios pacientes, dirigiendo el tratamiento en la dirección adecuada.

Por lo tanto, se ha centrado en medir la funcionalidad de personas mayores de 65 años con TMG porque es un tema poco estudiado y *“los altos niveles de dependencia funcional en esta población, que van aumentando según aumenta la edad, hacen de la población mayor de 65 años un grupo vulnerable, para el que se hace necesaria la atención”* (17). Además, como no hay apenas trabajos desarrollados con esta temática, debido a la relevancia actual en esta nueva era de la Psiquiatría es un tema que debe ser propuesto a estudio.

Conocer los distintos TMG y ver su relación con la funcionalidad en personas mayores es algo esencial, puesto que de esta manera se pueden conocer los diagnósticos más incapacitantes, trabajando con personas más jóvenes desde el inicio del tratamiento para evitar o disminuir las limitaciones a largo plazo.

Se va a emplear la escala HoNOS65+, por la muestra de pacientes que se desea escoger (personas mayores de 65 años) y porque es una manera muy completa de medir diferentes áreas de la vida siendo, un conjunto de 12 escalas en total. También es una herramienta que va dirigida exclusivamente a personas diagnosticadas de alguna enfermedad mental y eso la hace muy precisa y con relevancia en otros países que la están comenzando a utilizar. Las escalas más empleadas en España para medir la funcionalidad en personas de edad avanzada se han descartado por el desconocimiento acerca de su precisión en personas con TMG *“existen muchas escalas para evaluar las ABVD en pacientes con trastorno mental grave, pero escalas validadas no encontramos muchas en la bibliografía”* (9).

Por otro lado, se quiere recalcar que ha sido un estudio poco invasivo para la muestra de pacientes elegida, ya que se ha realizado una valoración a través de la escala nombrada anteriormente lo cual ha llevado un máximo de tiempo de 10-15 minutos por cada individuo. Además, no solo sería útil para este grupo de población sino también para futuros colectivos incluso más jóvenes donde se realice un diagnóstico en la juventud o edad adulta y se quiera trabajar las áreas donde ciertos diagnósticos causen más incapacidades.

## **HIPÓTESIS**

Los distintos Trastornos Mentales Graves se asocian con diferentes grados de limitación de la funcionalidad en las personas mayores de 65 años.

## **OBJETIVOS**

### ***Objetivo General***

Establecer el grado de relación existente entre diferentes Trastornos Mentales Graves con la pérdida de funcionalidad.

### ***Objetivos Específicos***

Medir la funcionalidad de los pacientes con Trastorno Mental Grave mayores de 65 años con la escala HoNOS65+.

Relacionar la funcionalidad de los pacientes con Trastorno Mental Grave mayores de 65 años con las variables sociodemográficas.

Relacionar la funcionalidad de los pacientes con Trastorno Mental Grave mayores de 65 años con los distintos tipos de diagnósticos psiquiátricos.

.

## METODOLOGÍA

### *Tipo de estudio y población*

Se trata de un estudio descriptivo transversal, observacional en el cuál se va valorar la funcionalidad de una muestra de 32 personas mayores de 65 años residentes en el Centro de Rehabilitación Psicosocial Nuestra Señora del Pilar de Zaragoza.

### *Criterios de inclusión*

- Personas institucionalizadas en el Centro de Rehabilitación Psicosocial Nuestra Señora del Pilar de Zaragoza.
- Tener más de 65 años.
- Estar diagnosticado de algún TMG.

### *Criterios de exclusión*

- No obtener firmado el consentimiento informado oportuno.

### *Variables*

#### *Variable dependiente:*

- **Funcionalidad:** medida a través de la escala HoNOS65+.

#### *Variables independientes:*

##### *-Cualitativas:*

- **Sexo:** Hombre o Mujer.
- **Diagnóstico:** Esquizofrenia, Trastornos de Personalidad o Trastornos Afectivos.
- **Nivel de estudios:** Primarios sin acabar, primarios completos, secundarios y universitarios.

##### *-Cuantitativa:*

- **Edad:** Mayores de 65 años.

### ***Instrumentos de medida***

Se ha utilizado como ya se ha nombrado anteriormente la escala HoNOS65+, formada por un conjunto de 12 subescalas, las cuales valoran: conducta alborotada, autolesiones no accidentales, consumo problemático de alcohol y drogas, problemas cognitivos, problemas relacionados con una enfermedad física, problemas asociados a la presencia de alucinaciones ideas delirantes o falsas creencias, problemas en relación con síntomas depresivos, otros problemas mentales y conductuales, problemas con las relaciones de apoyo, problemas con las actividades de la vida diaria, problemas generales con las condiciones de vida, problemas con el trabajo y las actividades de ocio.

Cada subescala está medida de 0-4, en donde el 0 nos indica que no hay problema y el 4 que hay un problema grave. La puntuación total de la escala puede llegar a dar un valor máximo de 48, en donde cuanto mayor puntuación se obtenga, menor funcionalidad.

### ***Análisis estadístico***

Una vez recogidos y clasificados los datos mediante el programa Microsoft Office Excel 2007©, estos han sido importados a una matriz con formato propio del programa Statistical Package for the Social Sciences© (SPSS), para entorno Windows©, en su versión 21.0.

Se ha realizado en primer lugar un análisis univariante, utilizando frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medias y la desviación estándar para las variables cuantitativas.

En segundo lugar, se ha llevado a cabo un análisis bivariante. Dado que la variable dependiente es la escala HoNOS65+ y es cuantitativa, se realizó en primer lugar la prueba Kolmogorov-Smirnov, obteniendo así que la muestra sigue una distribución normal. Por lo tanto, al cumplirse este criterio de normalidad, se han empleado test paramétricos para el análisis de los datos.

A continuación, se ha utilizado la correlación de Pearson para analizar el grado de relación existente entre dos variables cuantitativas, en este caso se trata de la variable dependiente cuantitativa; la escala HoNOS65+ y cada una de las subescalas que la componen, con la otra variable independiente cuantitativa; la edad.

Después, se ha llevado a cabo la prueba estadística T de Student para analizar la relación existente entre la variable cuantitativa dependiente HoNOS65+ junto con sus subescalas y la variable cualitativa dicotómica independiente sexo.

Y, por último, la prueba Anova de un factor se ha utilizado para analizar las variables cualitativas independientes nivel de estudios y diagnóstico respectivamente con la variable cuantitativa HoNOS65+ y sus subescalas.

### ***Procedimiento y consideraciones éticas***

Para poder realizar este trabajo, se consultó con la dirección del centro donde residen los participantes; CRP N<sup>a</sup> Señora del Pilar, firmando el correspondiente acuerdo de confidencialidad. Posteriormente se pidió una evaluación al Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón (CEICA) obteniendo un resultado favorable en marzo del 2018. Y por último fue necesario ponerse en contacto con el “Royal College of Psychiatrists” (Colegio de Psiquiatras de Reino Unido) para poder emplear la escala HoNOS65+, ya que es propiedad de esta institución.

Tras adquirir dichas autorizaciones, se pasó a seleccionar los participantes que cumplieran los criterios de inclusión nombrados anteriormente y se dispuso a pedir los consentimientos informados tras hablar con los tutores legales correspondientes a lo largo del mes de marzo (ya que la gran mayoría de participantes están incapacitados legalmente).

A continuación, se recogieron los datos y las variables que se querían incluir en el trabajo a lo largo del mes de abril y se fueron realizando las valoraciones a través de la escala elegida, conociendo los datos y los nombres de los participantes solo la autora principal del trabajo, cumpliendo la ley de protección de datos y manteniendo la confidencialidad de los mismos en todo momento.

Por último, tras obtener los datos y finalizar la realización de las valoraciones se llevó a cabo en el análisis estadístico en mayo y su posterior interpretación.

## RESULTADOS:

En este trabajo se ha obtenido una muestra de 32 personas, la cual está comprendida entre los 65 y los 89 años edad con una media de  $75,75 \pm 7,207$ .

De dicha muestra, 14 personas son mujeres (43.8%) y 18 hombres (56.2%). También se ha podido verificar que el nivel de estudios más común es el primario, ya que 25 sujetos de la muestra ostentan esa cualidad (78,1%), siendo los menos frecuentes los secundarios y universitarios en los que solamente un sujeto tendría ese nivel educativo correspondiendo al 3.1% del total respectivamente. Por último y teniendo en cuenta el diagnóstico de cada participante, se obtiene que 19 padecen Esquizofrenia (59,4%), 10 Trastornos de Personalidad (31,3%) y únicamente 3 algún Trastorno Afectivo (9,4%).

*Tabla 1. Características generales de la muestra*

<b>EDAD</b>	Máxima	89	
	Mínima	65	
	Media	75,75	
	Desviación típica	7,207	
<b>SEXO</b> N (%)	Mujeres	14	43,8%
	Hombres	18	56,2%
<b>DIAGNÓSTICO</b> N (%)	Esquizofrenia	19	59,4%
	T. Personalidad	10	31,3%
	T. Afectivo	3	9,4%
<b>ESTUDIOS</b> N (%)	Primarios sin acabar	5	15,6%
	Primarios	25	78,3%
	Secundarios	1	3,1%
	Universitarios	1	3,1%



Además de estos primeros datos recogidos en este análisis descriptivo, también se ha obtenido el valor máximo y mínimo global de la valoración realizada a través de la escala elegida para este trabajo HoNOS65+, cuyo valor más pequeño es un 11 (menor pérdida de funcionalidad) y el valor más alto un 40 (mayor pérdida de funcionalidad), con una media de 24,84±8,093.

**Tabla 2. HoNOS65+**

**HoNOS65+**

Valor máximo	40
Valor mínimo	11
Media	24,84
Desviación típica	8,093

Puesto que esta muestra sigue una distribución normal, se han utilizado test paramétricos. En primer lugar, se ha realizado la correlación de Pearson, y tras este primer análisis se ha llegado a la conclusión que la edad influye negativamente en la puntuación general de la escala HoNOS65+, es decir a mayor edad más puntuación y esto significa una mayor pérdida de funcionalidad en general. A continuación, se representa una tabla donde están expresadas las variables dependientes que tienen una relación significativa con la variable cuantitativa independiente edad y el grado de correlación.

El resto de subescalas que no aparecen en la tabla: autolesiones no accidentales, consumo problemático de alcohol y drogas, problemas asociados a la presencia de alucinaciones o ideas delirantes, problemas en relación con síntomas depresivos, otros problemas mentales y conductuales, no presentan relación con la edad y no tienen una correlación significativa.

**Tabla 3. Edad y HoNOS65+**

**EDAD**

0,485	<b>HoNOS65+</b>
0,490	<b>Conducta alborotada</b>
0,438	<b>Problemas cognitivos</b>
0,370	<b>Problemas relacionados con una enfermedad física/discapacidad</b>
0,397	<b>Problemas con las relaciones sociales o de apoyo</b>
0,591	<b>Problemas con las actividades de la vida diaria</b>
0,524	<b>Problemas con el trabajo y las actividades de ocio</b>

Por otro lado, decir que la subescala condiciones de vida en el desarrollo de este trabajo se le ha puntuado siempre 0, puesto que al residir en una institución pública las condiciones de vida son las adecuadas y tienen todos los servicios pertinentes disponibles, por lo que en este caso dicha subescala no es un indicador significativo.

A continuación, se ha analizado la relación existente entre la puntuación de la escala HoNOS65+ junto con sus subescalas y la variable sexo a través de la prueba T de Student. Recordando que la puntuación media global de la escala es  $24,84 \pm 8,093$  se podría decir que los hombres en este caso tienen una mayor pérdida de la funcionalidad puesto que se obtiene una puntuación de  $25,56 \pm 8,075$  frente a la de las mujeres de  $23,93 \pm 8,325$  pero apenas existe una diferencia significativa. En la siguiente tabla se expresan las significaciones de la escala global y sus subescalas en relación con el sexo.

**Tabla 4. Sexo y HoNOS65+**

	<b>MUJERES</b>	<b>HOMBRES</b>	<b>P</b>
	$\bar{x}$ (ds)	$\bar{x}$ (ds)	
<b>HoNOS65+</b>	23,93±8,32	25,56±8,07	0,581
<b>Conducta alborotada</b>	1,29±1,07	2,06±0,99	0,047
<b>Autolesiones no accidentales</b>	1,07±1,14	0,50±0,62	0,107
<b>Consumo problemático de alcohol y/o drogas</b>	0,36±0,50	1,06±0,87	0,012
<b>Problemas cognitivos</b>	2,57±1,22	2,83±1,09	0,529
<b>Problemas relacionados con una enfermedad física/ discapacidad</b>	2,64±0,84	2,78±0,73	0,632
<b>Problemas asociados a la presencia de alucinaciones y/o ideas delirantes</b>	3,21±0,97	3,28±0,82	0,843
<b>Problemas en relación con síntomas depresivos</b>	2,79±0,89	2,22±0,81	0,071
<b>Otros problemas mentales y conductuales</b>	3,07±1,07	3,17±0,98	0,796
<b>Problemas con las relaciones sociales o de apoyo</b>	2,50±1,09	2,67±1,13	0,679
<b>Problemas con las actividades de la vida diaria</b>	2,57±1,34	3,06±1,05	0,262
<b>Problemas con el trabajo y las actividades de ocio</b>	1,86±1,29	1,94±1,66	0,868

Igualmente, como se observa en la tabla ocurre con la mayoría de subescalas en donde tampoco existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos, exceptuando los hombres en la subescala conducta alborotada con una significación de 0,047 y de 0,012 en la de consumo problemático de alcohol y drogas.

Por lo que la variable sexo no influiría en este trabajo, a excepción de lo comentado anteriormente, pero diciendo esto se podría diferenciar que las mujeres obtienen mayores puntuaciones en las subescalas de autolesiones no accidentales y problemas en relación con síntomas depresivos. Por el contrario, los hombres presentan mayores problemas en las subescalas: problemas cognitivos, problemas relacionados con una enfermedad física, problemas asociados a la presencia de alucinaciones, otros problemas mentales y conductuales, problemas con las relaciones sociales y de apoyo, problemas con las actividades de la vida diaria, problemas con el trabajo y las actividades de ocio.

Por último, se ha analizado la relación existente entre el nivel de estudios y diagnóstico respectivamente con la variable cuantitativa HoNOS65+ y sus subescalas a través de la prueba Anova de un factor.

Respecto al nivel de estudios que en este caso se han dividido en: primarios sin acabar, primarios completos, secundarios y universitarios, no se ha encontrado ninguna significación respecto al valor obtenido con la escala HoNOS65+, esto quiere decir que el nivel educacional de los sujetos en este caso no influye en la pérdida de funcionalidad. Únicamente en la subescala problemas mentales y conductuales en donde se valora la severidad de los síntomas, se obtienen una significación de 0,05 obteniendo mayor puntuación las personas con estudios secundarios, pero puesto que con ese nivel educacional solo hay un sujeto y corresponde al 3,1 % de la muestra, no es un dato representativo.

Por otro lado, en relación a los diferentes diagnósticos estudiados en este trabajo se ha obtenido que el TMG más incapacitante es el Trastorno Afectivo en donde se obtiene una puntuación media con 3 sujetos de  $34,67 \pm 5,508$  en la escala HoNOS65+, posteriormente le seguirían los Trastornos de Personalidad en donde 10 sujetos han obtenido una puntuación media de  $24,60 \pm 6,931$  y en el último lugar están los 19 sujetos diagnosticados de Esquizofrenia con  $23,42 \pm 8,194$  pero al tener un grado de significación de 0,07 no se podría considerar una relación estadísticamente significativa.

**Tabla 5. Diagnóstico y HoNOS65+**

	<b>ESQUIZOFRENIA</b>	<b>T. PERSONALIDAD</b>	<b>T.AFECTIVO</b>	<b>P</b>
	$\bar{x}$ (ds)	$\bar{x}$ (ds)	$\bar{x}$ (ds)	
<b>HoNOS65+</b>	23,42±8,19	24,60±6,93	34,67±5,50	0,077
<b>Conducta alborotada</b>	1,68±1,15	1,50±0,85	2,67±1,15	0,264
<b>Autolesiones no accidentales</b>	0,47±0,61	0,70±0,67	2,67±1,15	0
<b>Consumo problemático de alcohol y/o drogas</b>	0,63±0,59	1,10±1,10	0,33±0,57	0,215
<b>Problemas cognitivos</b>	2,68±1,20	2,70±1,16	3±1	0,910
<b>Problemas relacionados con una enfermedad física/ discapacidad</b>	2,58±0,76	2,70±0,67	3,67±0,57	0,072
<b>Problemas asociados a la presencia de alucinaciones y/o ideas delirantes</b>	3,05±0,91	3,50±0,85	3,67±0,57	0,305
<b>Problemas en relación con síntomas depresivos</b>	2,21±0,71	2,50±0,85	4±0	0,02
<b>Otros problemas mentales y conductuales</b>	2,95±1,12	3,30±0,82	3,67±0,57	0,429
<b>Problemas con las relaciones sociales o de apoyo</b>	2,53±1,21	2,40±0,84	3,67±0,57	0,204
<b>Problemas con las actividades de la vida diaria</b>	2,89±1,10	2,40±1,35	4±0	0,119
<b>Problemas con el trabajo y las actividades de ocio</b>	1,74±1,48	1,80±1,47	3,33±1,15	0,222

Además, los participantes que estaban diagnosticados de algún Trastorno Afectivo que son el 9,4 % del total decir que existe una significación de 0,02 en la subescala problemas en relación con síntomas depresivos por lo que estar diagnosticado de algún Trastorno Afectivo afectaría en este caso en la puntuación de la subescala problemas en relación con síntomas depresivos. La otra subescala que estaría influida por este diagnóstico sería autolesiones no accidentales con un grado de significación de 0.

Por otro lado, en relación con los trastornos de personalidad que corresponden al 31,3% de la muestra se obtiene una significación de 0,07 con la subescala problemas relacionados con una enfermedad física/discapacidad, pero tampoco se podría considerar que existe una relación estadísticamente significativa. En el resto de diagnósticos y subescalas no se obtiene ninguna otra asociación.

## **DISCUSIÓN:**

El propósito de este estudio ha sido conocer la funcionalidad de una muestra de 32 personas mayores de 65 años diagnosticadas de algún tipo de TMG de larga evolución institucionalizadas en el CRP N<sup>a</sup> Señora del Pilar y descubrir cuál es el diagnóstico más incapacitante dentro de este grupo.

En nuestro país hay escasos estudios relacionados con este tema, por lo que ha sido algo complicado seleccionar otros trabajos para poder comparar los resultados. Uno de los estudios que se ha encontrado ha sido el de Santos-Olmo Sánchez (17) en donde se ha valorado el aislamiento social de personas mayores de 65 años en la comunidad de Madrid a través de varias escalas, una de ellas HoNOS65+. En él existe una media de edad similar 75,86, frente a 75,75 del presente estudio. Respecto a la puntuación total de la escala nombrada obtienen una media de 21,32 frente a 24,84 algo más elevada en el actual trabajo, una de las causas podría ser que en esta muestra de pacientes todos están diagnosticados de algún TMG y además están institucionalizados, pudiendo ser un factor influyente para tener mayor pérdida de funcionalidad, ya que en el trabajo de Santos-Olmo Sánchez (17) son personas mayores de 65 años pero sin ningún diagnóstico psiquiátrico y residentes en sus domicilios. Por el contrario, las subescalas que aparecen con mayores puntuaciones en el trabajo citado son; problemas relacionados con el trabajo/actividades de ocio y calidad del entorno y problemas con

las relaciones sociales y de apoyo, ya que son personas que viven solas en sus domicilios y carecen de apoyo social, pero en el presente trabajo esas subescalas estarían mejor puntuadas al vivir en un centro de rehabilitación psicosocial y estar institucionalizados. Por otro lado, analizan la puntuación por sexo y obtienen en hombres 20,85 frente a 25,56 de este trabajo y 21,51 en contraposición a 23,93 por lo que las mujeres tendrían mayor pérdida de funcionalidad que los hombres con diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, en este trabajo los hombres institucionalizados son los que tendrían una mayor pérdida de la funcionalidad, pero con apenas diferencias significativas.

En otro estudio realizado por Veerbek MA et al. (19) en el que utilizan esta escala como herramienta para medir la funcionalidad de una muestra de 767 participantes ambulatorios diagnosticados de TMG, se observa una media de edad exacta a la del actual proyecto 75,7 años y una puntuación media de la escala HoNOS65+ de 10,91 bastante inferior si se compara con la de esta muestra; 24,84. Esta diferencia podría ser debida a que los pacientes de ese estudio son ambulatorios y puede que la progresión del TMG no haya sido tan incapacitante como en esta muestra, puesto que han precisado estar institucionalizados para el control de su diagnóstico. En dicho estudio los pacientes diagnosticados de depresión tienen problemas en las subescalas: problemas con las actividades básicas de la vida diaria y al igual que en el Trastorno Afectivo en esta muestra también estaría afectada la subescala autolesiones no accidentales. Por otro lado, en el trabajo de Veerbek MA et al. (19), los participantes diagnosticados de Trastorno Psicótico, en donde incluyen el diagnóstico de Esquizofrenia tienen más puntuación en la subescala problemas asociados a la presencia de alucinaciones, sin embargo, en este trabajo al tratarse en la mayoría de los casos de Esquizofrenias residuales, no existe una relación estadísticamente significativa.

Finalmente, en el último estudio encontrado llevado a cabo por Stobbe J et al. (20) se compara la efectividad de un de tratamiento comunitario para involucrar a las personas mayores diagnosticadas de TMG con el tratamiento habitual que les suelen proporcionar, para ello valoran varias áreas y una de ellas es el funcionamiento psicosocial a través de HoNOS65+. Respecto a la valoración realizada en el tratamiento comunitario con una muestra de 32 personas diagnosticadas de Esquizofrenia, Trastornos del estado de Ánimo, Deterioro Cognitivo y otros, obtienen una media de edad de 74,4 y una puntuación media en la escala de 21,17. Por otro lado en relación

con los datos obtenidos en la muestra de 30 participantes que ha llevado el tratamiento habitual ha sido una media de edad de 75,1, una puntuación media de 20,4. Decir que en este estudio citado no hacen relación a las subescalas, por lo que no se puede analizar el diagnóstico que resultaría más incapacitante en este caso, pero sí que a la hora de comparar los resultados con el presente trabajo, se ve que aunque las medias de edad son parecidas otra vez, la puntuación media de la valoración es inferior al igual que en el trabajo anterior, y como ya se ha dicho podría ser debido a que no son pacientes institucionalizados y podrían llevar una vida más autónoma.

### ***Limitaciones***

En primer lugar, recalcar que el número de participantes ha sido limitado por lo que esto puede ser considerado un sesgo a la hora de interpretar los resultados de este trabajo.

Además, a la hora de incluir a los participantes en el estudio, como la mayoría están incapacitados legalmente se ha precisado para la firma del consentimiento informado correspondiente la colaboración de su tutor legal, obteniendo en algunos casos una negativa para el uso de sus datos, por lo que se han tenido que descartar a bastantes candidatos que cumplían los criterios de inclusión.

Por otro lado, también decir que se han encontrado en bases de datos internacionales dos trabajos con una temática muy similar (21,22) pero al estar en otro idioma que no era inglés, no se han podido extraer los resultados pertinentes para la discusión.

## **CONCLUSIONES**

En resumen, se puede decir con este estudio que hay una relación existente entre la edad y la pérdida de la funcionalidad, ya que en esta muestra de 32 participantes mayores de 65 años hay una asociación clara entre tener más años y obtener mayor puntuación en la escala HoNOS65+, lo que significa un peor funcionamiento psicosocial y una mayor pérdida de la funcionalidad.

Por otro lado, pese a que se ha obtenido que el grupo de personas diagnosticadas de algún Trastorno Afectivo es el que mayor pérdida de funcionalidad tiene no es un dato



representativo debido a la escasez de la muestra, por lo que sería conveniente obtener un mayor número de participantes para poder establecer una asociación más exacta.

Para finalizar decir que sería recomendable continuar estudiando este tema y que se hicieran más trabajos con personas diagnosticadas de TMG mayores de 65 años, puesto que actualmente en nuestro país apenas hay proyectos de este tipo y es por ello que no se pueden realizar comparativas ni establecer con mayor seguridad cuáles son los diagnósticos psiquiátricos más incapacitantes en personas mayores.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. González de Rivera JL. Evolución histórica de la Psiquiatría. *Psiquis*.1998; 19(5): 183-200.
2. Omaña Palanco R. Estudio sobre la depresión según la Encuesta Nacional de Salud:1995-2003. [Tesis doctoral]. Madrid: Departamento de medicina preventiva, salud pública e historia de la ciencia, Universidad Complutense de Madrid; 2008.
3. Alonso Palacio LM, Escorcía de Vásquez. El ser humano como una totalidad. *Salud Uninorte*. Barranquilla (Col.). 2003; 17: 3-8.
4. Saiz Galdós JM, Chévez Mandelstein A. La Intervención Socio-Comunitaria en Sujetos con Trastorno Mental Grave y Crónico: Modelos Teóricos y Consideraciones Prácticas. *Psychosocial Intervention*.2009;18(1):75-88.
5. Puerto Barrio AM. La patología psiquiátrica en la incapacidad permanente. [Tesis doctoral]. Extremadura: Departamento de Terapéutica Médico-Quirúrgica, Universidad de Extremadura; 2017.
6. Gázquez Linares JJ, Pérez Fuentes MC, Lucas Ación F, Yuste Rossel N. Prevalencia de los trastornos mentales en la población mayor. *Anales de psicología*.2008;24(2):327-333.
7. Mata Sáenz B, Delgado Torres P, Resa González J, Rodríguez Cano T. Revisión bibliográfica de los cuidados del paciente anciano con trastorno mental grave desde una perspectiva multidisciplinar. *Eur.J.Develop.Educa.Psychop*. 2016; 4(1):34-47.
8. Galván GD. Funcionalidad y calidad de vida en personas con trastorno bipolar. [Tesis doctoral]. Oviedo: Departamento de Medicina, Universidad de Oviedo; 2011.

9. García Arenas J. Evaluación de la independencia personal. Relación con el funcionamiento social y la inteligencia emocional en personas con trastorno mental grave. [Tesis doctoral]. Elche: Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández de Elche; 2015.
10. Nunes Marandini BA, Tarouco da Silva B, Gautério Abreu DP. Functional capacity evaluation of elderly people: activity of the family health strategy teams. *J. res.: fundam. care. online.* [Internet].2017 [Enero 2018]; 9(4): 1087-1093. Disponible en: DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1087-1093.
11. Ocampo Chaparro JM, Reyes-Ortiz CA. Revisión sistemática de literatura. Declinación funcional en ancianos hospitalizados. *Rev.Méd. Risaralda.*2016;22(1):49 – 57.
12. Ausín Benito B, Muñoz López M, Quiroga Estévez MA. Adaptación española de las escalas de resultados para personas mayores HoNOS65+ (Health of the Nation Outcome Scales for Older Adults). *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007; 42(2):88-95.
13. Crawford MJ, Zoha M, Macdonald Alastair JD, Kingdon D. Improving the quality of mental health services using patient outcome data: making the most of HoNOS. *BJPsych.* 2017;41(3):172-176.
14. Ortoleva Bucher C, Dubuc N, Von Gunten A, Trottier L, Morin D. Development and validation of clinical profiles of patients hospitalized due to behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMC Psychiatry.*2016;16:261.
15. Gee S B, Croucher MJ, Beveridge J. Measuring Outcomes in Mental Health Services for Older People: An evaluation of the Health of the Nation Outcome Scales for elderly people (HoNOS65+). *INT J DISABIL DEV ED.* 2010;57(2):155-174.
16. Canuto A, Rudhard-Thomazic V, Herrmann FR, Delaloye C, Giannakopoulos P, Weber K. Assessing depression outcome in patients with moderate dementia: Sensitivity of the HoNOS65+ scale. *J Neurol Sci.* 2009;283;69-72.

17. Santos-Olmo Sánchez AB. Personas mayores en situación de aislamiento social: diseño y efectividad de un servicio de apoyo psicológico. [Tesis doctoral]. Madrid: Departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos I (Psicología Clínica), Facultad de psicología Universidad Complutense de Madrid; 2016.
18. Santos-Olmo AB, Ausín B, Muñoz M, Serrano P. Personas mayores en aislamiento social en la ciudad de Madrid: experiencia de una intervención a través de la estrategia psicológica de búsqueda activa. *Psychosocial Intervention*. 2008;17(3):307-319.
19. Veerbeek MA, Oude Voshaar RC, Pot AM. Psychometric properties of the Dutch version of the Health of the Nation Outcome Scales for older adults (HoNOS 65+) in daily care. *Int J Nurs Stud* 2013;50(12):1711-1719.
20. Stobbe J, et al. The effectiveness of assertive community treatment for elderly patients with severe mental illness: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*.2014;14:22.
21. Aartsen MJ, et al. A multi-centre study of the reliability, validity and sensitivity to change of the HoNOS65+ in psychiatry for older persons. *Tijdschrift voor psychiatrie*.2010;52(8):543-553.
22. Broersma TW, Sytema S. Implementation of the HoNOS65+. *Tijdschrift voor psychiatrie*.2008;50(2):77-82.

## **ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE**

**Título de la investigación:** Pérdida de la funcionalidad en el trastorno mental grave en una unidad de Psicogeriatría

#### **1. Introducción:**

Nos dirigimos a usted para invitarle a participar en un proyecto de investigación que estamos realizando en el Centro de Rehabilitación Psicosocial Nuestra Señora del Pilar. Su participación es importante para obtener el conocimiento que necesitamos, pero antes de tomar una decisión debe:

- Leer este documento entero
- Entender la información que contiene el documento
- Hacer todas las preguntas que considere necesarias
- Consultar con su médico- enfermera o persona de confianza
- Tomar una decisión meditada
- Firmar el consentimiento informado, si finalmente desea participar.

Si decide participar se le entregará una copia de este documento y del consentimiento firmado. Por favor, consérvelos por si lo necesitara en un futuro.

#### **2. ¿Por qué se le pide participar?**

Se solicita su colaboración porque se requiere una muestra de pacientes mayores de 65 años para aplicar una valoración que se va a llevar a cabo a través de la escala HoNOS65+, dicha valoración se va a realizar por el autor principal del trabajo y si decide participar en él no va a tener que realizar ninguna actividad adicional que interrumpa su rutina diaria.

En total en el estudio participarán un número de pacientes que residan en este centro todavía sin definir que contengan estas características: ser mayores de 65 años y estar diagnosticados de algún TMG (Trastorno Mental Grave).

### **3. ¿Cuál es el objeto de este estudio?**

El objetivo del estudio es valorar a través de la escala mencionada anteriormente (HoNOS65+) la funcionalidad que tienen las personas mayores de 65 años diagnosticadas de algún TMG (Trastorno Mental Grave) con años de evolución y descubrir cuales son los diagnósticos que resulten más incapacitantes y causen más limitaciones en su vida diaria.

### **4. ¿Qué tengo que hacer si decido participar?**

Recuerde que su participación es voluntaria y si decide no participar esto no afectará a su asistencia o a su relación con el equipo de profesionales que le atiende en el centro. Simplemente se necesitará revisar la historia clínica para obtener: diagnóstico, edad y nivel de estudios, siendo recogidos como datos codificados a través de una numeración sin sacar el nombre de los participantes fuera del centro, puesto que los datos son completamente anónimos y no se va a identificar a las personas, respetando la confidencialidad en todo momento.

Al ser un estudio basado en una valoración a través de una escala no será necesario que sea interrogado ni deberá cumplimentar ningún documento salvo el de consentimiento informado, además no va a tener que asistir a ninguna actividad extraordinaria ni se va a perturbar sus rutinas diarias.

### **5. ¿Qué riesgos o molestias supone?**

Es un estudio poco invasivo puesto que no se va a realizar ninguna actividad extraordinaria en la práctica asistencial del centro, la autora principal (Marta Aguilar Bueno) al trabajar en este hospital, será la encargada de realizar la valoración sin ser necesaria su colaboración para ello.

### **6. ¿Obtendré algún beneficio por mi participación?**

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento es probable que no obtenga ningún beneficio por su participación si bien usted contribuirá al avance del conocimiento y al beneficio social.

Se trata de un estudio académico destinado a un proyecto de final de Máster de la Universidad de Zaragoza, por lo que su colaboración es voluntaria y no se obtendrá ningún beneficio económico.

### **7. ¿Cómo se van a gestionar mis datos personales?**

Toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 15/99, de protección de datos de carácter personal. En la base de datos del estudio no se incluirán datos personales: ni su nombre, ni su nº de historia clínica ni ningún dato que le pueda identificar. Se le identificará por un código que sólo el equipo investigador podrá relacionar con su nombre.

Sólo la autora principal tendrá acceso a los datos de su historia clínica y nadie ajeno al centro podrá consultar su historial.

Para ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto a sus datos obtenidos durante el estudio debe ponerse en contacto con el investigador principal.

Las conclusiones del estudio se presentarán ante el tribunal calificador del proyecto de fin de Máster de Gerontología social de la Universidad de Zaragoza, pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar.

### **8. ¿Cómo se van a tratar mis muestras biológicas?**

No se van a requerir muestras biológicas, se trata de una valoración a realizar por el autor principal sin ser necesaria su colaboración.

### **9. ¿Quién financia el estudio?**

Se trata de un estudio académico, por lo que no se necesita financiación específica para desarrollarlo, ni tampoco se van a generar gastos adicionales al centro.

El conocimiento derivado de este estudio puede generar en un futuro beneficios comerciales que pertenecerán al equipo investigador. Los participantes no tendrán derecho a reclamar parte de ese beneficio.

#### **10. ¿Se me informará de los resultados del estudio?**

Usted tiene derecho a conocer los resultados del presente estudio, tanto los resultados generales como los derivados de sus datos específicos. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea. Por este motivo en el documento de consentimiento informado le preguntaremos qué opción prefiere. En caso de que desee conocer los resultados, el investigador le hará llegar los resultados.

#### **¿Puedo cambiar de opinión?**

Tal como se ha señalado, su participación es totalmente voluntaria, puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en su atención sanitaria. Basta con que le manifieste su intención al investigador principal del estudio.

Si usted desea retirarse del estudio se eliminarán los datos recogidos en el momento que lo manifieste.

#### **¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación?**

En caso de duda o para cualquier consulta relacionada con su participación puede ponerse en contacto con el investigador responsable, Marta Aguilar Bueno, en los teléfonos 600816206/ 976331500 o por correo electrónico en la dirección [martika92.mab@gmail.com](mailto:martika92.mab@gmail.com).



## *Documento de Consentimiento Informado*

**Proyecto:** Pérdida de la funcionalidad en el Trastorno Mental Grave en una unidad de psicogeriatría

Yo.....he entendido la finalidad del proyecto y acepto la participación en él tras haber hablado con Marta Aguilar Bueno (autora del trabajo).

Entiendo que mi participación es voluntaria y puedo retirarme del proyecto cuando:

- Así lo desee
- Sin dar explicaciones
- Sin consecuencias clínicas

Si fuera así los datos serían automáticamente eliminados del trabajo en la mayor brevedad posible.

Deseo ser informado de los resultados del proyecto:

SI

NO

Doy mi conformidad para que mis datos clínicos sean utilizados de forma anónima para este trabajo fin de master de la Universidad de Zaragoza y soy conocedor de la posibilidad de retirarlos cuando así lo crea oportuno.

He recibido una copia de este consentimiento.

Firma del participante.....

Fecha.....

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del investigador.....

Fecha.....

## ANEXO 2: DICTAMEN CEICA



### Informe Dictamen Favorable Trabajos académicos

C.P. - C.I. PI18/021

14 de marzo de 2018

Dña. María González Hincos, secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

#### **CERTIFICA**

**1º.** Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 14/03/2018, Acta Nº 05/2018 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

**Título: Asociación de la pérdida de la funcionalidad con el Trastorno Mental Grave en una unidad de psicogeriatría.**

**Alumna: Marta Aguilar Bueno**  
**Directora: Carmen Muro Baquero**

**Versión protocolo: Versión 3 Fecha: 3/03/2018**

**Versión documento de información y consentimiento: Versión 3 Fecha: 3/03/2018**

**2º.** Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la adecuada obtención del consentimiento informado, el cumplimiento de la LOPD y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

**3º.** Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ  
HINJOS MARIA -  
DNI 03857456B  
DNI 03857456B

Firmado digitalmente por  
GONZALEZ HINJOS MARIA -  
DNI 03857456B  
Fecha: 2018.03.19 17:33:32  
+01'00'

María González Hincos  
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

## ANEXO 3: ESCALA HoNOS65+



### **Un glosario tabulado para usar el HoNOS 65+ (Escala de Evolución para Personas Mayores de 65 años)**

#### **Pautas para recordar**

1. Puntuar únicamente la información del periodo de referencia.
2. Utilizar toda la información disponible. Contenidos basados en problemas - no en diagnósticos.
3. Comenzar por el ítem 1 y seguir en orden hasta puntuar el problema/síntoma sólo una vez, evitando puntuar algo más de una vez.
4. Utilice su criterio clínico para puntuar.
5. Puntuar el problema/síntoma mas grave durante el periodo de referencia. Mirar todas las filas y puntuar el problema/síntoma que sea más grave.
6. **Resumen general de las puntuaciones**
  - 0 Sin problema
  - 1 Problema menor - no requiere intervención (subumbral)
  - 2 Problema leve pero claramente presente
  - 3 Problema moderado
  - 4 Problema grave
  - 9 Desconocido (evitar si es posible)

## ESCALA 1. CONDUCTA ALBOROTADA

• Puede ser debida a cualquier causa

	Sin problema <b>0</b>	Menor (No requiere ninguna acción específica) <b>1</b>	Leve <b>2</b>	Moderado <b>3</b>	Grave <b>4</b>
<b>a) Hiperactividad</b>	Cero	Hiperactividad ligera	Hiperactividad significativa	Hiperactividad persistente	Hiperactividad grave
<b>b) Agresividad</b>	Cero	Ocasionalmente iritabilidad/enfrentamientos	Agresiones verbales - empujar-importunar interferir (p.ej. acciones agresivas)	Frecuentes agresiones verbales/agresividad física hacia otras personas	Al menos 1 ataque físico serio/persistente y grave conducta amenazante
<b>c) Desorganización o destrucción hacia objetos de otras personas</b>	Cero	Cero	Destrucción menor de la propiedad (p.ej. romper vasos/cristales)	Incremento de la destrucción a la propiedad (más grave)	Destrucción grave/persistente (p.ej. prender fuego)
<b>d) Inquietud</b>	Cero	Ocasional	Intermitente	Frecuente	Constante
<b>e) Agitación</b>	Cero	Cero	Agitación significativa	Persistente	Agitación grave
<b>f) No cooperación o resistencia</b>	Cero	En general tranquilo y cooperativo	No cooperativo a veces, lo que requiere persuasión e incentivo	No cooperación significativa y frecuentemente	Graves conductas no-sumisas o de resistencia
<b>g) Vagabundeo</b>	Cero	Cero/ocasional	Intermitente (día o noche)	Más frecuente (día y noche)	Constante
<b>h) Conducta inapropiada y desinhibida (p.ej. sexual)</b>					Deliberada (p.ej. micción y/o defecación)
<b>j) Vocalización inapropiada p.ej. chillar, gruñir, lloriquear</b>	Cero	Ocasional	Intermitente	Persistente	Grave e intolerable para los demás
<b>k) Conducta extraña, rara p.ej. posturas</b>					
<b>l) Otros</b>					

### ESCALA 2. AUTOLESIONES NO ACCIDENTALES

- No considerar el riesgo de autolesiones futuras, sino sólo el riesgo durante el periodo de referencia. Incluye tanto parasuicidios como tentativas de suicidio.
- El problema de la intencionalidad forma parte del riesgo corriente de la evaluación, si bien difícil de evaluar. Ante la ausencia de evidencia contraria se asume que los resultados de las autolesiones son todos intencionados. NO puntuar riesgo futuro - sólo el riesgo durante el periodo de referencia pasado.

	Sin problema 0	Menor 1	Leve 2	Moderado 3	Grave 4
a) Pensamientos/Ideas	Cero	"Mejor estar muerto" – el paciente quiere estar muerto pero no hay pensamientos de autolesión	Pensamientos pasajeros de autolesión (activos o pasivos)	Pensamientos frecuentes de autolesión, incluye planearlo	Pensamientos persistentes y graves acerca de autolesión
b) Intención	Cero	Cero	Leve (p.e. no evitar una situación potencialmente amenazante)	Riesgo moderado en el periodo de referencia/intención moderada. Actos preparatorios (p.e. acumular medicación)	Riesgo grave de autolesión en el periodo de referencia
c) Actos	Cero	Cero	Cero	Cero	Al menos una tentativa de autolesión en el periodo de referencia

### ESCALA 3. CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL O DROGAS

	Sin problema 0	Menor (consumo excesivo pero dentro de las normas sociales) 1	Leve (sin tratarse de un problema serio) 2	Moderado 3	Grave 4
a) Apetencia y Tolerancia	Cero	Cero	Grado leve	Marcada apetencia o dependencia	Grave apetencia y dependencia
b) Prioridad que se le concede	Cero	Cero	Con más frecuencia	Persistente	Total
c) Control debilitado	Cero	Capacidad de control	Pérdida ocasional de control	Pérdida moderada de control	Pérdida grave/persistente de control
d) Frecuencia de intoxicación	Cero	Insignificante	Con más regularidad - aprox. 2-3 veces a la semana	Con más frecuencia - aprox. 4-5 veces a la semana	Persistente - diariamente
e) Otros riesgos asociados al consumo p.ej. beber/conduciendo	Cero	Cero	Con más frecuencia	Significativo	Grave
f) Efectos temporales	Cero	Raramente	Resaca ocasional	Resacas frecuentes	Incapacitado por problemas de alcohol/drogas

## ESCALA 4. PROBLEMAS COGNITIVOS

- Asociados a cualquier trastorno

	Sin problema 0	Menor 1	Leve 2	Moderado 3	Grave 4
a) Memoria	Cero	Cierto grado de olvido pero es capaz de aprender material nuevo	Problemas definidos para recordar nueva información (p.ej. para nombres o recuerdos de sucesos recientes) Déficits que interfieren con las actividades cotidianas Alguna dificultad para encontrar un camino en zonas nuevas o no familiares	No es capaz de conservar información nueva (sólo conserva material fuertemente aprendido)	Deterioro grave  (p.ej. sólo permanecen fragmentos; pérdida de información tanto remota como reciente; incapaz de aprender información nueva; incapaz de reconocer o nombrar amigos/parientes cercanos.)
b) Orientación	Cero	Alguna dificultad de orientación temporal	Frecuente desorientación temporal	Comunmente desorientación temporal y desorientación espacial frecuente	Continuamente desorientado temporal y espacialmente y algunas veces con las personas
c) Lenguaje	Cero	Ninguna dificultad con el uso del lenguaje	Es capaz de tratar información verbal simple pero algunas dificultades para comprender Pobre expresión del lenguaje más complejo	Dificultades graves con el lenguaje (expresivo y/o receptivo).	No es posible una comunicación efectiva a través del lenguaje - inaccesibilidad al habla

## ESCALA 5. PROBLEMAS RELACIONADOS CON UNA ENFERMEDAD FÍSICA/DISCAPACIDAD

De cualquier causa

	Sin problema  0	Menor problema de salud  1	Leve Restricción de actividades o movilidad  2	Moderada Restricción de las actividades  3	Grave Problemas de salud mayores con una grave restricción de las actividades  4
<b>a) Salud física</b>	Cero	p.ej. antiguas contusiones debidas a caídas etc., que se evidencian rápidamente (p.ej. <i>pacientes en remisión de enfermedades de larga duración, es decir, artritis</i> )	Leve infección del pecho o ITU (infección del tracto urinario) Cierta grado de pérdida de independencia	Infección del pecho más grave o ITU + incontinencia	Infecciones graves principales, que llevan a permanecer en cama
<b>b) Movilidad</b>	Cero	Cierta restricción	Distancias recorridas a pie limitadas (sin elementos auxiliares)	Camina únicamente con elementos auxiliares o ayuda	Permanece en silla/cama
<b>c) Deterioro sensorial</b>	Cero	Cierto deterioro pero es capaz de funcionar eficazmente (p.ej. <i>gafas o auxiliares auditivos</i> )	Deterioro de la capacidad visual o auditiva sin el uso de auxiliares (p.ej. <i>gafas o auxiliares auditivos</i> )	Deterioro moderado	Deterioro grave – ( p.ej. <i>certificado de ceguera o sordera</i> )
<b>d) Caídas</b>	Cero	Cero	Riesgo posible o bajo de caídas sin ninguna caída hasta la fecha (inestable)	Riesgo significativo de caídas con 1 o más caídas	Alto riesgo de caídas con 1 ó más caídas debido a enfermedades/discapacidad física
<b>e) Efectos secundarios de la medicación</b>	Cero	Cero	Leve	Grado moderado	Grave
<b>f) Dolor debido a una enfermedad física</b>	Cero	Cero	Grado de dolor leve	Grado de dolor moderado	Dolor grave/problemas asociados a dolor
<b>g) Lesión asociada a drogas, alcohol, autolesión o accidente</b>	Cero	Cero	Leve	Moderado p.ej. Cirrosis	Grave Deterioro en el nivel de conciencia p.ej. estupor
<b>h) Otros (p.ej. había afectada por problemas dentales)</b>					

### ESCALA 6. PROBLEMAS ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE ALUCINACIONES Y/O IDEAS DELIRANTES (O FALSAS CREENCIAS)

Independientemente del diagnóstico

	Sin problema 0	Menor 1	Leve - Problema clínico leve 2	Moderado - Problema clínico moderado 3	Grave - Problema clínico grave 4
a) Ideas delirantes	Cero	Ciertas creencias extrañas/excéntricas. Inofensivas pero no congruentes con el ambiente cultural del paciente	Presentes pero originan escaso malestar al paciente o a otros	<ul style="list-style-type: none"> <li>Preocupación marcada en relación con las ideas delirantes o alucinaciones produciendo un malestar significativo en el paciente o en otros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>El estado mental y de conducta del paciente están seriamente afectados como consecuencia de las ideas delirantes o alucinaciones</li> <li>Tiene una repercusión mayor en el paciente u otros</li> </ul>
b) Alucinaciones	Cero	Cero	Presentes pero originan escaso malestar	Como arriba	Como arriba
c) Trastorno del pensamiento	Cero	Asociaciones poco exactas	Trastorno del pensamiento leve	Trastorno del pensamiento moderado	Incomprensible, irrelevante

### ESCALA 7. PROBLEMAS EN RELACIÓN CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS

	Sin problema 0	Menor 1	Leve 2	Moderado 3	Grave 4
Trastorno del estado de ánimo (estado de ánimo depresivo y síntomas asociados al estado de ánimo)	Cero	Tristeza o cambios menores o transitorios en el estado de ánimo	Depresión clara en medidas subjetivas y objetivas (p.ej. pérdida de interés, placer o autoestima, falta de energía o sentimientos)	Síntomas depresivos marcados (en medidas subjetivas u objetivas)	Síntomas de depresión grave con fundamentos subjetivos u objetivos (p.ej. preocupación con ideas de culpa e inutilidad o abandono debido a una pérdida de interés grave; profunda pérdida de interés por el placer)



	<b>Sin problema</b> <b>0</b>	<b>Menor</b> <b>1</b>	<b>Leve</b> <b>2</b>	<b>Moderado</b> <b>3</b>	<b>Grave</b> <b>4</b>
al estado de ánimo depresivo en cualquier trastorno)			de energía o sentimientos de culpa)		

## ESCALA 8. OTROS PROBLEMAS MENTALES Y CONDUCTUALES

- *Puntuar el problema clínico más grave no puntuado en las escalas 6-7*
- A) *Fobias,*
- B) *Ansiedad y Pánico*
- C) *Obsesivo-Compulsivo*
- D) *Sobrecarga Mental y Tensión*
- E) *Problemas disociativos o de conversión*
- F) *Somatoforme - persisten las quejas físicas en su mayoría de origen psicológico (con escasa evidencia de enfermedad física) p.ej. Hipocondría*
- G) *Alimentación - exceso/defecto*
- H) *Sueño – Hipersomnia / Insomnio*
- I) *Sexual*
- J) *Otros - como júbilo - humor expansivo - problemas no especificados en otro sitio*

	Sin problema	Menor (Requiere poca o ninguna acción)	Leve (un problema está clínicamente presente)	Moderado	Grave
	0	1	2	3	4
<b>a) Severidad de los síntomas</b>	Cero	Problemas no clínicos	Intensidad leve - el paciente sigue interactuando y no se encierra	El problema se encuentra en un nivel moderado/significativo (síntomas más marcados)	Síntomas graves
<b>b) Frecuencia</b>	Cero	Infrecuente	Intermitente	Más frecuente	Síntomas persistentes
<b>c) Grado de control</b>	Cero	Bien controlado	El paciente mantiene un cierto grado de control	Comienza a perder control	Domina o afecta seriamente la mayoría de las actividades
<b>d) Grado de malestar (sólo para sí mismo)</b>	Cero	Probablemente ninguno	No muy angustiado	Los síntomas producen un malestar mayor	Malestar grave

## ESCALA 9. PROBLEMAS CON LAS RELACIONES SOCIALES O DE APOYO

*Identificados por o manifestos para el paciente, cuidadores u otros como el personal residente*

- a) Carencia activa o pasiva de relaciones (a juzgar por la calidad o cantidad de habilidades de comunicación)
- b) Relaciones carentes de apoyo (el paciente es incapaz de conseguir soporte emocional, p.ej. porque son excesivamente amistosos, porque son incapaces de interpretar el lenguaje de manera efectiva)
- c) Relaciones Destructivas/Autolesivas (p.ej. debido a problemas personales y de ese modo tienen dificultades para mantener las relaciones o para hacer alianzas útiles)

	Sin problema	Menor	Leve	Moderado	Grave
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>a) Grado de carencia activa/pasiva de relaciones y conflictos</b>	Cero	Puede ser solitario pero autosuficiente y competente cuando está con otros	Evidencia de claros problemas para crear, mantener o adaptarse a relaciones de apoyo (p.ej. debido a el control de los modos o la aparición de dificultades/relaciones de explotación o abusivas con los cuidadores) Dificultades referidas por el paciente o evidentes para otros	Grado de conflicto significativo y moderado identificado por el paciente u otros	Dificultades graves en las relaciones (p.ej. aislamiento / carencia /conflicto o abuso)  Mayores tensiones y estresores (p.ej. amenazas de destruir una relación)
<b>b) Frecuencia</b>	Cero	Satisfecho con el nivel de interés	Problema intermitente o variable con las relaciones	Problema persistente con las relaciones en la dirección de alguna carencia	Persistente y en aumento
<b>c) Malestar</b>	Cero	Cero	No muy angustiado (leve)	Angustiado (Significativo) (el paciente y/u otros)	Muy angustiado

### ESCALA 10. PROBLEMAS CON LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Puntuar el nivel medio general de ejecución o funcionamiento actual (no la capacidad potencial). Incluir cualquier falta de motivación. Considerar:

Actividades **personales** de la vida diaria p.ej. la vestimenta, la limpieza personal, el uso del lavabo, la alimentación. Actividades **domésticas** de la vida diaria p.ej. Ir a la compra, limpieza de la casa, cocina, administración del dinero

	Sin problema	Menor (Sin consecuencias significativas o adversas)	Leve	Moderado	Grave
	0	1	2	3	4
<b>Actividades personales y domésticas de la vida diaria</b>	Buena capacidad de funcionamiento efectivo	Algunos déficits pero es capaz de arreglárselas eficazmente (p.ej. desordenado, ligeramente desorganizado)	Puede requerir estimulación. Déficits que afectan al funcionamiento, significativos aunque leves. Problemas notorios en las actividades de la vida diaria (AVD) (p.ej. problemas para organizar y hacer una comida. Problemas con el entendimiento financiero)	Problemas claros tanto en las AVD personales como domésticas (p.ej. necesita alguna supervisión con la vestimenta y alimentación, ocasionalmente incontinencia urinaria, no es capaz de preparar y hacer una comida)	Incapacidad grave en casi todas las áreas tanto en las AVD personales como domésticas (p.ej. requiere completa supervisión con la vestimenta y alimentación, frecuente incontinencia urinaria y fecal)

### ESCALA 11. PROBLEMAS GENERALES CON LAS CONDICIONES DE VIDA

Considerar el grado en que las condiciones de vida del paciente influyen en sus intactas capacidades y habilidades. Considerar específicamente:

- Provisiones básicas p.ej. calefacción, luz, higiene, facilidades para cocinar
- Relaciones con los familiares, ayuda de los vecinos, otros
- Opciones posibles o grado de oportunidad de mejora de la motivación, p.ej. facilitar el uso de las habilidades existentes y desarrollar otras nuevas, Inamidad - cocina, talentos
- Preferencias y grado de satisfacción con el hogar
- Personal - cifra (entrenados), calidad, experiencia, relación con el personal, conocimiento de las capacidades del paciente

	Sin problema (El alojamiento es aceptable y no restrictivo. Logro de autonomía)	Problema menor o transitorio (Razonablemente aceptable pero menor autonomía plena)	Problemas leves (Restricción moderada del ambiente - puede haber riesgo de problemas significativos para el paciente en 1 o más aspectos)	Moderado (Problemas preocupantes y múltiples con el alojamiento lo que causa limitaciones considerables, riesgo de lesiones, etc)	Grave (El alojamiento es inaceptable, lo que causa graves limitaciones, alto riesgo de lesiones, etc.)
	0	1	2	3	4
<b>Examen objetivo del entorno del paciente</b>	Muy bueno	Aceptable p.ej. escasa decoración orden/mal olor/suciedad. No hay deficiencias fundamentales	Algunos problemas significativos con el alojamiento o con los auxiliares y adaptaciones. Provisiones básicas presentes	Mala calidad - Carencia de 1 ó más necesidades básicas p.ej. pobres facilidades para cocinar	Problemas graves. Muy pobres. Sin techo p.ej. condiciones de vida intolerables

## ESCALA 12. PROBLEMAS CON EL TRABAJO Y LAS ACTIVIDADES DE OCIO - CALIDAD DEL ENTORNO COTIDIANO

Puntuar el nivel global de problemas. Respecto al entorno puntuar sólo el periodo de referencia. Considerar

- a) Adaptaciones en los transportes
- b) Personal/Cuidadores/Profesionales - cifra (entrenados), calidad, experiencia, relación con el personal, conocimiento de las capacidades del paciente
- c) Ocupación del paciente durante el día
- d) Puntuar como entorno únicamente el periodo de referencia

	Sin problema (Autonomía lograda o maximizada)	Menor o problemas temporales (Menor autonomía plena)	Restricción leve	Restricción moderada	Restricción grave (Paciente gravemente descuidado. Mínimas condiciones sin actividades constructivas)
	0	1	2	3	4
a) Actividades disponibles - cursos educativos, bibliotecas, centros de día, sitios donde estar	Disponibilidad/ accesibilidad de oportunidades muy buenas	Disponibilidad de actividades pero no a las horas convenientes	Surtido limitado de oportunidades (p.ej. apoyo insuficiente por parte de los cuidadores/profesionales, o ayuda cotidiana limitada)	Deficiencia de servicios cualificados disponibles que ayuden a optimizar las habilidades. Pocas oportunidades para desarrollar nuevas habilidades	Falta de oportunidades efectivas para realizar actividades durante el día
b) Grado de cooperación del paciente	Cooperación plena	El paciente rehusa o tiene dificultades para utilizar las facilidades	El paciente en algunas ocasiones es reacio a utilizar las facilidades o es incapaz de hacerlo	El paciente es a menudo reacio a utilizar las facilidades o es incapaz de hacerlo	El paciente rehúsa las facilidades o siempre es incapaz de utilizarlas

Developed by Lewisham & Guys HoNOS65+ Development Group for the HoNOS65+ Implementation Group © 1999/2002  
This form may be reproduced freely with acknowledgement but may not be altered without the consent of the Group.

