

La evaluación de resultados en el tratamiento y rehabilitación de trastornos mentales crónicos

RESUMEN: En este trabajo efectuamos una revisión de los criterios teóricos y técnicos exigibles para diseñar y/o elegir instrumentos adecuados de evaluación en el ámbito de los resultados valorables en las personas con trastornos mentales crónicos que participan en los programas de salud mental. Asimismo se ofrece un análisis comparativo de las características técnicas de los instrumentos más frecuentes utilizados en los protocolos de evaluación. Del análisis de los instrumentos se concluye que una evaluación de resultados adecuada debería incluir al menos los siguientes dominios: síntomas, funcionamiento, salud física, calidad de vida, bienestar y seguridad propia y del entorno, y satisfacción con los servicios.

PALABRAS CLAVE: Rehabilitación, Tratamientos, Evaluación, Trastornos mentales crónicos, Resultados.

SUMMARY: In this paper we review both the theoretical and technical criteria needed to design and/or select adequate outcome instruments for chronic mentally ill people who participate in mental health programs. Furthermore, we have conducted a comparative analysis of the technical characteristics of the most frequently used instruments in evaluation protocols of patients' functioning. From this comparative analysis it is concluded that a comprehensive outcomes evaluation should include the following domains at least: symptoms, functioning, physical health, public security, and satisfaction with services.

KEY WORDS: Rehabilitation, Treatments, Evaluation, Mental chronic illness, Outcomes.

Hasta hace relativamente poco tiempo existía un interés nulo por la evaluación de resultados (*outcomes*) en el área de la salud mental. Incluso en terrenos limitados y fácilmente acotables, como el de las psicoterapias, hasta el trabajo empírico pionero de Eysenck (1) en el que se demostraba que no todas las psicoterapias eran igualmente efectivas, había un desinterés o una notable falta de sensibilidad hacia la eficacia de las intervenciones terapéuticas en el ámbito de la psicología clínica y la psiquiatría. Desde entonces, la demostración empírica de los efectos terapéuticos beneficiosos es un elemento esencial para cualquier psicoterapia que pretenda proclamar su eficacia. De hecho, han ido apareciendo muchos instrumentos técnicos, como el meta-análisis (2), que están permitiendo, incluso en estudios internacionales a gran escala, como el proyecto Cochrane (3, 4), la acumulación de datos sobre la eficacia de las intervenciones en un centenar de cuadros clínicos entre los que se encuentra la esquizofrenia. Esto, sin duda, va a ayudar a perfilar protocolos de tratamiento eficaces relativamente estandarizados.

Sin embargo, es necesario reconocer que el tipo de estudios que normalmente se incluye en los meta-análisis y en general en los procedimientos de la denominada «medicina basada en la evidencia», consisten en investigaciones de comparación de tratamientos minuciosamente controlados y publicados en revistas

científicas lo que, evidentemente, suele apartarse de las condiciones de la práctica cotidiana en las que se aplican realmente los tratamientos¹. En este sentido, Hargreaves, Shumway, Hu y Cuffel (5) proponen reservar el término eficacia para los estudios efectuados bajo altas condiciones de control y utilizar el de efectividad cuando se comparan tratamientos bajo condiciones típicas del mundo real. En estos últimos estudios suelen incluirse parámetros de más alcance y más ligados a la práctica cotidiana (ej.: coste económico, recursos disponibles, etc.) que los que se usan en los estudios de eficacia. Una última distinción terminológica bien conocida pero que resulta oportuno recordar es la de la eficiencia de un tratamiento. En este caso se trata de evaluar «la relación entre los medios empleados y los resultados obtenidos» (6), es decir, se trata de analizar la economía (financiera y en recursos humanos, materiales, y de gestión) con la que se logran los objetivos previstos. Siguiendo esta distinción propuesta, resulta posible que tratamientos de eficacia pareja (ej.: en la reducción de síntomas clínicos) difieran radicalmente en su eficiencia (ej.: número de sesiones empleadas para alcanzar un mismo nivel de eficacia).

La evaluación de una intervención dada no se circunscribe sólo al ámbito del funcionamiento clínico (signos y síntomas), para lo que ya disponemos de una importante cantidad de estrategias e instrumentos de medida (7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14). El concepto moderno de salud asume que el foco no es sólo el síntoma sino también en el funcionamiento cotidiano del paciente en la *comunidad* (15). Esta aproximación es obviamente crucial en el ámbito de la salud mental puesto que constituye el pilar conceptual de las reformas psiquiátricas en marcha. En este contexto, una evaluación múltiple y amplia parece una exigencia dado que, además, la propia reforma psiquiátrica se basó en la idea de que la intervención comunitaria era más efectiva que otros tipos de intervenciones. Pero la reforma psiquiátrica, dentro y fuera de nuestras fronteras, ha creado nuevos problemas y situaciones inesperadas (ej.: fenómeno de la puerta giratoria, nuevos crónicos, etc.) (16) y su pretendida efectividad a ultranza ha de ser muy matizada y mejor evaluada de lo que se ha efectuado hasta ahora (17). El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre cuáles son los principales dominios de análisis que debería incluir una adecuada evaluación de resultados en el tratamiento de pacientes con trastornos mentales crónicos y efectuar un repaso de los principales instrumentos empleados para este propósito, presentando sus características principales y sus ventajas e inconvenientes.

¹ Naturalmente la información sobre la eficacia diferencial de los tratamientos es esencial pero casi nunca basta, en la práctica real, para tomar todas las decisiones políticas y de tratamiento (5).

Estrategias y conceptos de evaluación

La evaluación de las intervenciones en el campo de la salud es una tarea muy compleja. En primer lugar, el término «evaluación» es polisémico y conviene aclarar a qué se hace referencia en cada momento. La evaluación de programas puede variar en muchos parámetros, lo que incluso puede desembocar en *tipos* diferentes de evaluación. La evaluación de resultados, a la que dedicamos este trabajo, es sólo uno de los componentes potenciales de una evaluación integral. Sin ser exhaustivos, en las evaluaciones de programas hay que tener en cuenta al menos los siguientes ejes:

1. Para quién se evalúa: El foco de análisis puede diferir radicalmente en función de quién demande la evaluación, pues no tiene porqué haber una confluencia de intereses de partida. Por ejemplo, las necesidades de los gestores pueden ser muy diferentes a las de los usuarios de un servicio o de quienes trabajan allí. Además, como indica Baca (6), la *necesidad* de la evaluación casi nunca surge de quienes dispensan los servicios sino de terceras partes (consumidores, políticos, etc.), quienes de algún modo reclaman servicios eficaces y eficientes². Así pues, la demanda de la evaluación parte, en muchos casos, de un sesgo o un interés inicial que es necesario tener en cuenta.

2. En quién se evalúa: En el ámbito de la salud mental éste es un parámetro importante. Mientras que en los problemas de salud física se suelen manejar los criterios de mejoría determinados por los profesionales y, más en segundo lugar, los del paciente, en los problemas de salud mental se hace aún más necesaria la evaluación múltiple contando con los puntos de vista de profesionales, pacientes, observadores, y familiares (5) pues no son siempre coincidentes sus apreciaciones y, no lo olvidemos, no existen criterios de calidad objetivos (*golden criteria*) que, inapelablemente, ofrezcan una visión única y objetiva de la realidad.

3. Qué se evalúa: En la valoración de la eficacia de los servicios asistenciales la unidad final de evaluación no es el individuo sino el *programa*. Es decir, la evaluación no se centra o, mejor aún, no se reduce al paciente o al usuario, sino que se centra en el programa o programas en los que participa el servicio (6). Naturalmente que los resultados de cada sujeto son importantes y valorables en la evaluación de un programa, pero esto es sólo una parte del conjunto global de la

² No obstante, esto puede ser un obstáculo para efectuar una evaluación adecuada global. La evaluación demandada por gestores y políticos, que es la que suele imperar, casi siempre subraya, de modo excesivo, criterios o indicadores economicistas o de pura eficiencia en la gestión de los recursos que, aun siendo de una extraordinaria importancia (5), dejan más de lado otros parámetros igualmente esenciales (ej.: satisfacción de los consumidores, alcance de objetivos más intangibles, etc.). De todos modos, la información sobre costes es también escasa pues se estima que sólo un 5% de los estudios de resultados incluyen variables de costes en sus diseños (18).

evaluación. Si nos centramos en el área de qué se evalúa en un programa de salud mental, se pueden distinguir cuatro niveles de evaluación (19):

a. Gestión de recursos: Se centra en el análisis de la organización interna del servicio o la organización que provee el servicio, asignación de recursos, análisis de los objetivos explícitos e implícitos del programa, sistema de funcionamiento del equipo, análisis de tiempos/tarea, etc. Es decir, todos aquellos aspectos que tienen que ver con la dinámica del funcionamiento interno y la adecuación entre planes y objetivos del servicio.

b. Utilización de servicios. Consiste en el análisis de las pautas de uso, análisis de demandas del servicio, frecuentación de los usuarios, patrones de asignación de los pacientes a cada programa, recogida de datos de los pacientes, análisis de abandonos, etc.

c. Resultados (*outcomes*) de las intervenciones. Mientras que en el ámbito de salud física es relativamente fácil encontrar indicadores «objetivos» de mejora, en el ámbito de la salud mental esto se convierte en una tarea más delicada por cuanto que la psicopatología se nutre fundamentalmente de síntomas, no de signos. Esto añade una dificultad mayor a la posibilidad de valorar los resultados de las intervenciones. En este área se analiza la eficacia y eficiencia de las intervenciones sobre el usuario pero también, si se desea, sobre otros agentes (familia, funcionamiento de otros servicios). La estrategia fundamental, aunque no la única, es analizar longitudinalmente los cambios habidos en el usuario desde el principio hasta el final del programa.

d. Impacto del programa en la comunidad. Este es un aspecto normalmente ignorado en muchas evaluaciones pues es el que posiblemente se aleja más de la mentalidad clínica y se aproxima más a una vertiente comunitaria: «el impacto sobre la comunidad va a venir dado por la accesibilidad y la disponibilidad de los servicios, la aceptabilidad de los programas propuestos, su efectividad y su capacidad para satisfacer las expectativas del paciente, de su familia y del grupo social...» (6). También se sitúa en este nivel el análisis del impacto del programa sobre la educación sanitaria, la prevención, y los beneficios directos e indirectos generados (ej.: costes de productividad, medicamentos, servicios sociales, criminalidad, etc.).

4. Cómo se evalúa: Aunque es exigible una aproximación cada vez más rigurosa en la evaluación de las intervenciones (20, 12), la evaluación de programas en salud mental raramente permite efectuar diseños experimentales con un elevado grado de control (21, 22, 23). Además, la opción de cómo se evalúa –por ejemplo, utilizando métodos cuantitativos, cualitativos, o ambos– puede marcar el tipo de datos que se obtengan y, finalmente, su utilidad.

5. Para qué se evalúa. Este aspecto está íntimamente relacionado con el primero, es decir, de quién parte la necesidad de evaluar. Dependiendo de quién sea

el promotor de la evaluación, la finalidad suele variar. La evaluación puede tener un aspecto meramente informativo o una finalidad de cambio y transformación del programa.

Indicadores de efectividad y eficacia

En las últimas décadas ha habido un creciente interés en la investigación de la eficacia y efectividad de las intervenciones en pacientes con enfermedades mentales graves. Los primeros estudios centraban su atención en la eficacia de la farmacología. Sin embargo, el avance de las terapias de corte más psicosocial ha propiciado que actualmente se consideren también el entrenamiento en habilidades para el desempeño en entornos concretos y las intervenciones destinadas a mejorar el funcionamiento del individuo en su medio. Si en un principio tan sólo se utilizaba el número de recaídas o la condición laboral como indicador de éxito, actualmente se evalúan otros aspectos del funcionamiento como el cambio conductual, las habilidades adquiridas y aplicadas en el ambiente de la rehabilitación y en el ambiente natural del paciente, la adquisición de un trabajo y la adaptación al mismo, la calidad de vida, el nivel de satisfacción, etc. (24). Este enfoque más amplio viene determinado por el hecho de que el objetivo de toda rehabilitación es asegurar que la persona con un trastorno mental grave pueda llevar a cabo las habilidades necesarias para afrontar las diversas demandas del medio. La medición de los cambios en las distintas variables se hace más necesaria si tenemos en cuenta que: a) el cambio en una medida no implica necesariamente un cambio similar en otras variables relacionadas y b) un cambio positivo en una medida (ej.: reducción de síntomas positivos) puede ir asociado con un cambio a peor en otra (ej.: aumento de síntomas negativos) (25).

A pesar del interés mostrado, lo cierto es que este tipo de estudios no se realizan con la frecuencia deseable. Los principales inconvenientes prácticos desde el punto de vista de los profesionales de salud mental son la gran inversión de esfuerzo humano y tiempo, la alteración de la rutina en los centros y la interferencia que un proceso de evaluación «exógeno» a la práctica clínica rutinaria puede ocasionar en el enganche de los pacientes más difíciles. Desde la perspectiva del investigador, el propio objeto de estudio encierra una serie de dificultades que es necesario tener presente (5). En primer lugar, los estudios sobre efectividad no sólo se preguntan si se han conseguido los objetivos para los que había sido diseñada la intervención sino si ésta ha tenido impacto, como dijimos anteriormente, en otros aspectos relevantes desde el punto de vista político, económico, etc. Todo esto implica la obtención de información de diversas fuentes (que pueden no estar disponibles), lo que incrementa el coste de la investigación, y añade el problema de la obtención de

unos datos coherentes a pesar de las posibles contradicciones entre los distintos informantes. En segundo lugar, la efectividad de un tratamiento implica que sus resultados se mantengan a largo plazo. Por ello, los estudios requieren seguimientos que a menudo duran varios años y suelen ser costosos y desalentadores.

Para resolver todos estos problemas, Hargreaves (5) propone una serie de pasos a seguir a los que, por cierto, nuestro grupo de trabajo se ha atenido en un estudio actualmente en marcha en los Centros de Rehabilitación Psicosocial (C.R.P.S.) de la Comunidad Autónoma de Madrid para un proceso de selección de instrumentos (26): a) Identificar correctamente los indicadores que son relevantes para todas las partes implicadas en la intervención (políticos, profesionales, investigadores, paciente, comunidad, etc.). El protocolo debe reflejar la diversidad de objetivos terapéuticos así como las preferencias de todos los interesados. b) Revisar la bibliografía sobre las medidas publicadas y contactar con los distintos profesionales que trabajan en el tema con el fin de intercambiar impresiones sobre los instrumentos utilizados y no redundar en errores ya cometidos. c) Realizar un estudio piloto que pruebe la adecuación del protocolo de evaluación a la población a la que se dirige, teniendo en cuenta la fiabilidad interjueces. d) Introducir el protocolo en un estudio amplio en el que sea posible comparar con otros tipos de intervención.

Selección de instrumentos

Entre los pasos 2 y 3 de los sugeridos por Hargreaves (5) hay un momento que, a nuestro juicio, merece especial consideración dentro del proceso: la selección de los instrumentos, ya que es aquí donde han de tenerse en cuenta tanto los objetivos de los implicados, como los principios teóricos que rigen la labor del evaluador. A este respecto es interesante la aportación de Newman y Carpenter (27) quienes proporcionan una guía para el desarrollo, selección y uso de las pruebas. Los principios a seguir serían los siguientes:

1. La variable medida debe ser *relevante para la población* a la que va dirigida. En este punto es necesario tener en cuenta características demográficas, clínicas, o personales significativas.

2. Los métodos de evaluación deben ser *simples y de fácil enseñanza* a los profesionales. Deben tener las instrucciones de aplicación expresadas claramente tanto para los pacientes (en caso de ser pruebas autoaplicadas) como para quienes las apliquen.

3. Cada nivel de medida, o al menos en los puntos claves de la evaluación, debe contener *ejemplos específicos* que sirvan como puntos de referencia objetivos. De este modo se aumenta la fiabilidad interjueces considerablemente. También se deberían adjuntar ejemplos y criterios de respuesta claros cuando se trata

de evaluar conductas en términos de frecuencia, de similitud entre una conducta observada y la conducta que sirve como referente (ej.: desde «Muy similar» a «Nada similar») o, finalmente, en términos de intensidad de la conducta referente (ej.: «No presente», «Leve», «Moderado»). Algunos autores son partidarios de instrumentos *individualizados* en los que figuren medidas de la gravedad de las quejas del paciente, grado en que se han logrado distintas metas, registros orientados al problema, e índices de mejoría global. El problema, con esta última opción, es la difícil comparación de los resultados de unas poblaciones a otras, por lo que lo ideal sería la combinación de ambas formas de medida.

4. Usar *informantes múltiples*, lo que supone las siguientes ventajas: a) se pueden validar el estado de la conducta del paciente y los cambios producidos, b) las respuestas suelen ser más honestas cuando se sabe que hay varios informantes, y c) las discrepancias entre los informantes pueden alertar al clínico sobre la existencia de problemas que requieren atención. El inconveniente principal de esta metodología es el alto costo en términos de esfuerzo y tiempo en la recogida y análisis de los datos.

5. Incluir medidas que identifiquen el *proceso de cambio*, es decir, que detecten el progreso paulatino del funcionamiento global del individuo.

6. Elegir medidas con *buenas propiedades psicométricas* (fiabilidad, validez, y sensibilidad al cambio), que estén libres de sesgos de respuesta, y que muestren insensibilidad a la influencia de factores extraños situacionales.

7. En términos de *costos/beneficios* debe compensar llevar a cabo la medida de los resultados de las intervenciones. Para disminuir los costos se recomienda que se integren en el sistema de evaluación general de tal modo que los costos en términos de tiempo y esfuerzo de los profesionales queden reducidos.

8. Los resultados de estos estudios deben ser *comprensibles* para todos los interesados incluidos el paciente y sus allegados, los políticos, profesionales, etc. lo que implica poder trasladar los resultados de las pruebas a un lenguaje en el que las puntuaciones tengan referentes en las distintas áreas de interés de los implicados.

9. Siguiendo el principio anterior, las puntuaciones obtenidas con el instrumento deben estar presentadas de tal forma que la información que proporcionen sea *de fácil devolución e interpretación*, sin por ello desvirtuar datos relevantes.

10. Las medidas deben ser *útiles para el ámbito clínico*. No sólo deben tener importancia en el contexto de la investigación sino que deben contemplar aspectos de la práctica clínica importantes, como la interferencia en la relación terapéutica, en el proceso del tratamiento, etc.

11. Debe ser *compatible con las teorías y la práctica clínica* vigentes. Si un instrumento puede ser usado desde diversos enfoques es más fácil comparar distintas aproximaciones terapéuticas.

Tabla I.

Principios para el desarrollo, selección y uso de pruebas de evaluación de resultados (27)

- Relevantes para el grupo al que van dirigidas.
- Fáciles de enseñar a los implicados en la evaluación.
- Con la utilización de referentes objetivos que aclaren el significado de los temas.
- Con la utilización de múltiples fuentes de información.
- Que identifiquen el proceso de cambio.
- Con buenas propiedades psicométricas.
- De bajos costos en comparación con sus usos.
- Comprensibles para audiencias no profesionales.
- Con datos que puedan ser interpretados y devueltos con fiabilidad.
- Útiles en los servicios clínicos.
- Compatibles con distintas teorías y prácticas clínicas.

Otros investigadores, como Smith, Mandercheid, Flynn y Steinwachs (28), proponen también varios principios teóricos para la evaluación de los resultados obtenidos en el tratamiento de los enfermos mentales. Estos autores consideran fundamental que en toda evaluación se obtenga la perspectiva del paciente; aunque ya se ha comentado la necesidad de recoger la información de diversas fuentes, parece necesario recalcar que en determinados aspectos no se puede prescindir de la experiencia subjetiva del enfermo. Es necesario conocer *el estado general* de salud del paciente además del estado de su salud mental, con el fin de cerciorarnos de que físicamente cuenta con las capacidades necesarias para tener un buen funcionamiento. Se debe *incluir la valoración del paciente del tratamiento y los resultados* obtenidos. Asimismo debe estar cuantificado el tipo y la extensión del tratamiento recibido –algo bastante difícil en la práctica de la rehabilitación psiquiátrica– con el fin de determinar de manera concreta la relación entre intervención y resultados. Finalmente la evaluación de los pacientes *que dejan prematuramente el tratamiento* es tan importante como la de aquellos que continúan en el seguimiento.

Tras este breve repaso de las características de los estudios que evalúan la eficacia de las intervenciones queda patente la dificultad que encierran, y podemos entender mejor la razón por la que no se llevan a cabo con más frecuencia.

Dominios de evaluación de resultados

Como ya hemos mencionado, la rehabilitación se caracteriza por incidir en multitud de aspectos de la vida del paciente. El análisis de los síntomas clínicos ha ido paulatinamente perdiendo importancia en comparación con otros indicado-

ORIGINALES Y REVISIONES

res más relevantes para evaluar el grado en que la persona funciona correctamente en su entorno, el bienestar subjetivo, la calidad de vida y la satisfacción con los servicios (29).

¿Qué áreas son más relevantes en la evaluación de resultados en los pacientes o usuarios de servicios? Hargreaves y Shumway (30) han propuesto los siguientes cinco dominios: Trastorno y síntomas, Funcionamiento, Salud física, Calidad de vida, Seguridad y bienestar público. Siguiendo a estos autores, presentamos una relación de algunos de los principales instrumentos en cada área:

1. Trastornos y síntomas. Como ya hemos mencionado, este indicador ha sido especialmente relevante desde el enfoque psiquiátrico más tradicional. Se refiere a la información sobre el trastorno que padece el individuo, en nomenclatura de los manuales DSM (31) y CIE (32), la sintomatología y su gravedad, y la morbilidad (ej.: número de recaídas)

Hay dos tipos de instrumentos básicos. En primer lugar, existen entrevistas diagnósticas que proporcionan información del tipo de trastorno que padece el paciente, tales como las entrevistas estructuradas DIS (*Diagnostic Interview Schedule*) (33), SCID (*Structure Clinical Interview for DSM-IV*) (34) y CIDI (*Comprehensive International Diagnostic Interview*) (35). En segundo lugar, contamos con instrumentos que evalúan de manera dimensional la sintomatología, sin ofrecer un diagnóstico, tales como el BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*) (36), que ofrece información de un amplio abanico de síntomas tales como ansiedad, depresión, síntomas psicóticos, etc., la PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*) (37) que se centra en la sintomatología positiva y negativa propia de la esquizofrenia, o el *Symptom Checklist Revised* (SCL-90) (38) que proporciona información de una amplia variedad de síntomas de salud mental.

2. Funcionamiento: Comprende la información referente a las diversas actividades que ejerce un individuo cuando desempeña una vida autónoma (actividades de autocuidado, roles sociales, ocupaciones, actividades formativas, etc.). Muchos instrumentos se centran, sobre todo, en el Funcionamiento social cotidiano del sujeto (véase una revisión de instrumentos recientes en (15) y la Tabla 2)³.

³ En otro trabajo (26), hemos explicado con detenimiento el proceso de selección y cribado de los instrumentos aquí expuestos (revisión de bases de datos, contacto directo con autores de instrumentos, y especialistas en la evaluación de trastornos mentales crónicos).

Tabla 2.

Características de los principales instrumentos de evaluación y funcionamiento en personas con trastornos mentales crónicos

Instrumento, autor y año	Sistema de evaluación	Áreas de contenido	Ítems y puntuación	Tiempo de aplicación	Objetivo original	Observaciones
Client's Assessment of Strengths, Interest and Goals (CASIG) (Libermann, 1966)	Paciente e informante	Habilidades de vida cotidiana, síntomas, medicación, conducta y calidad de vida y tratamiento	52 ítems	60-75 minutos	Evaluar funcionamiento en enfermos mentales	
Community Adjustment Profile System (CAPS) (71)	Informante	Hostilidad, abuso de alcohol, depresión, problemas en el trabajo, agresividad, peculiaridades, trastornos previos, drogas, suicidio, contacto policial, privación temprana, mal ajuste, patología familiar	98 ítems		Creado para medir funcionamiento y monitorizar la evolución por ordenador	Centrada en déficits y problemas legales
Community Living Assessment Scale (CLAS) (Willer y Gustafeno, 1985)	Informante	Manejo personal, alimentación, dinero, hogar, médico, tiempo, uso de recursos, habilidades de resolución de problemas, afrontamiento de emergencias	68 ítems (escala de 5 puntos sobre necesidad de supervisión)		Funcionamiento de pacientes en lugares residenciales	
Community Adaptation Schedule (CAS) (72)	Cuestionario para el paciente	Relaciones con 6 comunidades: trabajo, familia, la comunidad extensa, comercial y profesional	212 ítems (escala de 6 puntos)		Normales y pacientes que acaban de salir de una hospitalización	Propiedades psicométricas poco documentadas; excesiva longitud; sesgos de discapacidad social en pacientes no psiquiátricos
Criterios de cronicidad (Comisión de rehabilitación del Área 4 de Madrid)	Entrevista al paciente	4 criterios transversales: autocuidado, afrontamiento, autonomía, tratamiento y 5 criterios longitudinales	9 ítems (escala de 6 puntos)		Pacientes con enfermedad mental crónica	
Functional Performance Record (FPR) (73)		Aspectos sensoriales, físicos, cognitivos, conducta social, vida cotidiana y habilidades para sobrevivir	777 ítems			Se pueden excluir las tareas que se deseen
Independent and Living Skills Survey (ILLS) (74)	Informante y paciente	Comer, actividades domésticas, preparación comida, hábitos de salud, economía, transporte, actividades placenteras, trabajo y cuidado personal.	112 ítems (escala 5 puntos de frecuencia y gravedad)	1 hora	Pacientes externos con enfermedad mental grave	Ítems demasiado específicos
Katz Adjustment Scales (KATZ) (75)	Dos versiones: 205 ítems para otros significativos (KAS-R) y 133 para el paciente (KAS-S)	Funcionamiento en la comunidad y tipo y grado de psicopatología	338 ítems		Pacientes con ajuste deficiente	Algunas áreas de roles están sólo parcialmente cubiertas, las escalas parecen más apropiadas para los pacientes más crónicos
Level of Function Scale (76)	Cuestionario que cumplimenta el profesional	Relaciones sociales, funcionamiento ocupacional, presencia de síntomas, tiempo pasado en el hospital, plenitud en la vida y funcionamiento global	9 ítems que se valoran según una escala de 5 puntos (de los últimos meses)	Muy breve		Instrumento poco sensible a los cambios y no incluye la evaluación del propio paciente

ORIGINALES Y REVISIONES

Instrumento, autor y año	Sistema de evaluación	Áreas de contenido	Ítems y puntuación	Tiempo de aplicación	Objetivo original	Observaciones
Life Skills Assessment (LSA) (Farks, 1980)	Paciente y observación		21 ítems (escala de 5 puntos sobre adecuación)		Pacientes en instituciones	
Life Skills Profile (LSP) (41)	Informante	Autocuidado, contacto social, comunicación y responsabilidad	39 ítems (escala 4 puntos)	15-30 minutos (gravedad)	Pacientes ambulatorios con problemas graves	Poco útil para evaluar crisis. Hay adaptación española (Fernández de Larriño et al, 1992a, b)
Longitudinal Interval Follow-up-Evaluation (LIFE) (77)	Entrevista	Psicopatología, funcionamiento psicosocial e información del tratamiento	20 ítems. Se rellena una hoja semanal durante 8 meses		Evaluar el curso de los trastornos psiquiátricos (se adapta al perfil del paciente)	Muy laboriosa
Motility Affect Communication Cooperation-II (MACC-II) (78)	Observación	Estado de ánimo, cooperación y contacto social	20 ítems (escala 5 puntos)		Pacientes ingresados (detecta efecto de economía de fichas)	
Morningside Rehabilitation Status Scale (MRSS) (79)	Entrevista a paciente	Dependencia, inactividad, integración social, efecto de los síntomas	4 ítems (escala de 8 puntos, gravedad)	20-30 minutos	Resultados en rehabilitación	Poco específica
Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation (NOSIE-30) (80)	Observación	Competencia social, cuidado personal, irritabilidad, psicosis y retraso	30 ítems (escala 5 puntos, frecuencia)		Comparar efectividad de diferentes tratamientos con pacientes internos	
Personal Adjustment Role Skills Scale (PARS) (81)	Informante	Síntomas, abuso de sustancias, funcionamiento general en la comunidad	% versiones desde 29 a 79 ítems (abarca último mes)		Resultados en pacientes del ejército	
Personal and Role Adjustment Scale (PARS) (81)	Informante relevante	Síntomas, abuso de sustancias, funcionamiento general en la comunidad	5 versiones de 29 a 79 ítems	10-20 minutos	Pacientes hospitalizados	Dada su brevedad no mide en detalle las áreas
Psychiatric Evaluation Form (PEF) (82)	Paciente, otros significativos y notas del caso	Funcionamiento en la comunidad y tipo y grado de psicopatología	25 ítems (escala de 6 puntos de gravedad)	Breve y simple	Diferentes grupos diagnósticos	Es necesario un entrevistador experto. No están incluidos aspectos importantes de la psicopatología, ni se evalúa funcionamiento de roles
Psychiatric Status Schedule (PSS) Subject and Informant Versions (83)	Entrevista estructurada	Funcionamiento en la comunidad y tipo y grado de psicopatología	321 ítems (de la última semana)	30-50 minutos	Pacientes psiquiátricos ingresados en un hospital	Costo de la recogida de datos al ser una entrevista larga
Rehabilitation Evaluation of Baker and Hall (REHAB) (40)	Informante	Autocuidado, actividades sociales, trastornos de comunicación, habilidades comunitarias	23 ítems (escala de 3 ó 7 puntos de la última semana)		Pacientes psiquiátricos ingresados	Mide incapacidad. Aplicable sólo a pacientes internos. Hay versión española (Jiménez et al, 1994)

Instrumento, autor y año	Sistema de evaluación	Áreas de contenido	Ítems y puntuación	Tiempo de aplicación	Objetivo original	Observaciones
Schizophrenia Outcome Module (49)	Paciente e informante	Estatus clínico, estatus profesional, satisfacción con la vida y realización de uno mismo, bienestar y seguridad	85 ítems	Paciente: 30 minutos en línea base y 20 minutos en seguimiento. Informante: 18 minutos en línea base y 14 en seguimiento	100 personas con esquizofrenia con edades de 18 a 55 años durante 6 meses, y sus informantes. Evalúa efecto del tratamiento en esquizofrénicos. Incluye pronóstico	Instrumento en desarrollo actualmente. Algunas áreas necesitan más investigación y es necesario un periodo mayor de evaluación (12 a 18 meses). Todavía no incluye funcionamiento cognitivo. Adaptada en español (Muñoz et al. 1999)
Self-Assessment Guide (SAG) (84)	Paciente	Salud física, afecto, habilidades interpersonales, uso del tiempo, agresividad y empleo	55 ítems			Sin datos sobre fiabilidad
Social Dysfunction Rating Scale (SDRS) (85)	Entrevista semiestructurada al paciente	Sentimientos sobre uno mismo, relaciones con otros, ejecución en actividades de la comunidad	21 preguntas, evaluadas en una escala de gravedad de 6 puntos	30-45 minutos	40 esquizofrénicos	Entrevistador experimentado; definición pobre de los ítems; no cubre diferentes roles de manera separada; escasa fiabilidad interjueces.
The Social Stress and Functioning Inventory for Psychotic Disorders (SSFIPD: Patient and Informant Versions) (86)	Entrevistas estructuradas: Paciente y otro significativo	Nivel de funcionamiento y experiencia subjetiva de estrés	304 ítems	45-90 minutos	Pacientes psicóticos agudos y crónicos	Muy largo; pocos datos sobre propiedades psicométricas y la utilidad de la sección de estrés.
UCLA Social Attainment Survey	Entrevista al paciente	Evalúa 7 áreas: relaciones con pares del mismo sexo, liderazgo social, relaciones con el sexo opuesto, liderazgo en ellas, historia de citas, experiencia sexual, actividades externas y participación en organizaciones	7 ítems (escala de 5 puntos)			No evalúa las habilidades sociales del sujeto, sino los resultados de poseerlas.

Dentro de esta área podemos diferenciar 3 grupos de instrumentos. En primer lugar, aquellos que evalúan *funcionamiento global* mediante escalas sencillas como la GAS (*Global Assessment Scale*) (39), o modificaciones más recientes como la GAF (*Global Assessment Functioning*) (31), que permiten obtener una sencilla puntuación del nivel general de funcionamiento, sin especificación por áreas. En segundo lugar, hay *escalas multidimensionales* como la REHAB (*Rehabilitation Evaluation of Hall y Baker*) (40), el *Life Skills Profile* (41), el *Multnomah Community Ability Scale* (42, 43), o la *Role Functioning Scale* (44) que evalúan diferentes áreas y obtienen puntuaciones para cada una de ellas (tareas domésticas, alimentación, hábitos saludables, etc.). En tercer lugar, disponemos de instrumentos creados para evaluar un *área específica de funcionamiento* (muy frecuentemente se trata del funcionamiento social), como la *Social*

Adjustment Scale II (45), el *Current Behavior Schedule* (CBS) (46), la *Social Behavior Schedule* (47), la *Social Behavior Scale* (48), y la *UCLA Social Attainment Survey*.

De los instrumentos que hemos revisado, uno de los más atractivos es el Schizom (Schizophrenia outcomes Module) (49), pues es multidimensional (no cubre funcionamiento estrictamente) y para su confección se han seguido muchas de las recomendaciones señaladas en esta revisión (selección de ítems fiables y válidos, dominios amplios de evaluación, posibilidad de evaluar no sólo según el punto de vista del usuario sino también la opinión de observadores privilegiados, etc.). Como señalan sus autores, el Schizom se ha creado con la idea de ofrecer una evaluación multidimensional (50, 51). Uno de los objetivos de su diseño fue que, al menos en períodos relativamente largos de aplicación, sea sensible al cambio. Otra ventaja de la entrevista es que, además de su uso con el usuario de los centros, se prevé su utilización potencial *para informantes*.

El instrumento, de fácil y rápida aplicación (26) fue diseñado a instancias de la red de Centros para la Investigación sobre Cuidados en Salud Mental (*Centers for Mental Healthcare Research*), partiendo de la idea, consensuada por dicha red, de que es necesario evaluar resultados en cuatro dominios diferentes en personas con trastornos mentales graves:

1. Estado clínico y psicopatológico: síntomas, hospitalizaciones, etc., funcionamiento cognitivo, ajuste premórbido, uso de drogas/alcohol, etc.
2. Estado funcional (tanto en entornos sociales como vocacionales): nivel de independencia, rendimiento en actividades instrumentales cotidianas, empleo del tiempo libre, etc. También se evalúa el estado de salud en general, en relación con la calidad de vida (HSQ-36) (52).
3. Dominio «humanitario»: satisfacción con la vida, con los amigos, y con las condiciones materiales de vida.
4. Bienestar público (bienestar y seguridad). Cubre indicadores de prevención de daños al individuo, su familia, o a la comunidad a la que pertenece: problemas con la justicia y conducta violenta o suicida.

El Schizom se basa en instrumentos validados anteriores (ej.: el *Health Status Questionnaire Short-Form 36*, (52), incorporando ítems bien contrastados de los mismos y creando, más ocasionalmente, algunos otros. Consta de 85 ítems y se administra en forma de entrevista con una duración estimada de unos 30 minutos. (De hecho la duración de la primera medida lleva unos 18 minutos de media (rango: 5-40 minutos), y las repeticiones sucesivas se acortan considerablemente porque no se hace necesario preguntar por algunos ítems ya respondidos la primera vez (ej.: edad de comienzo). Los datos de fiabilidad test-retest y de validez, sobre un estudio de campo inicial con 100 pacientes con esquizofrenia (49) son muy alentadores.

3. Estado de Salud: Esta área ha sido recientemente incluida y resulta relevante en cuanto que permite conocer el impacto de las intervenciones de salud mental en la percepción global de salud del sujeto. Dentro de este grupo están escalas como el *Medical Outcomes Study Short Form 36 (SF36)* (53) que evalúa nueve dimensiones: desde el funcionamiento físico hasta las limitaciones producidas por problemas físicos. También destaca el *Quality of Well Being Scale (QWBS)* (54) que evalúa el componente de salud de la calidad de vida e incorpora información sobre mortalidad, morbilidad (actividad física, actividad social y síntomas de salud) y pronóstico, muy útil en la determinación de la relación costo-beneficio del tratamiento.

4. Calidad de vida: La medida de la calidad de vida es especialmente problemática debido a la propia imprecisión del constructo, y a la vertiente subjetiva (bienestar percibido) y objetiva (grado en que están cubiertas las necesidades básicas, tipo de trabajo, calidad de la residencia, etc.) que encierra (55).

Se han construido multitud de instrumentos para la evaluación de este constructo (56, 57). Algunos ejemplos son el QOLI (*Quality of Life Interview*) (58) que contiene indicadores objetivos y subjetivos en diversas áreas tales como las actividades de ocio, las relaciones sociales y familiares, el trabajo y la escuela, etc., la SDLS (*Satisfaction with Life Domains*) (59) que evalúa a través de una escala auto-administrada la satisfacción con diversas áreas de la vida (comida, vivienda, vecindario, relaciones con otros, amigos, familia, tiempo libre, servicios, etc.) de las personas con enfermedades mentales crónicas, y otros ejemplos más recientes como el CCV (Cuestionario de Calidad de Vida) (60), el ICV (Inventario de Calidad de Vida) (61), la QOLIS (*Quality of Life Interview Scale*) (62), o el perfil de calidad de vida de Lancashire (LQOLP) (63), basada en la QOLIS (62).

5. Seguridad pública y bienestar social: Dado que la enfermedad mental influye en otras personas además de en la persona que la padece, se ha desarrollado un grupo de medidas dirigidas a evaluar aquellos aspectos en los que los miembros de la familia, los vecinos y la comunidad podrían verse afectados. Tradicionalmente se contempla la violencia, y las conductas antisociales como los principales causantes de problemas a los demás. Sin embargo, otros aspectos de la enfermedad mental como el grado en que el familiar ha ido renunciando a actividades y relaciones, el nivel de preocupación por la salud del paciente o los problemas resultantes de la convivencia diaria influyen en la carga percibida por la familia. Ejemplos de este tipo de medidas son el Cohen-Mansfield Agitation Inventory (64) o el *Social Behavior Assessment Schedule (SBAS)* (65), que dedica una parte a la evaluación del bienestar de la familia, los estresores y el apoyo percibido.

A nuestro juicio, existe un dominio no contemplado en el quinteto señalado por Hargreaves y Shumway (30) que es especialmente relevante en el reconocimiento de los derechos de esta población: *la satisfacción con los servicios*, dado

que, contemplando esta variable como indicador de eficacia, se les otorga el mismo derecho a la crítica que a cualquier otro usuario de servicios y se les da cierta capacidad de decisión en el recurso.

6. Satisfacción con los servicios: Este indicador cobró especial relevancia cuando se comenzaron a reconocer los derechos de los consumidores y se consideró al enfermo mental como un consumidor de servicios. Estos instrumentos han tratado de cubrir la mayor parte de las áreas relacionadas con el servicio: profesionales, condiciones ambientales, periodicidad de las citas, trato personal, etc. Algunos ejemplos son los siguientes: *Evaluation Rating Scale* (ERS) (66), Cuestionario de Demandas Asistenciales (CDA) (67), *Verona Expectations for Care Scale* (VECS) (68).

Resulta difícil que una intervención obtenga resultados positivos en cada indicador expuesto. La eliminación de la sintomatología positiva y las conductas problemáticas están asociadas con el seguimiento de la medicación antipsicótica. Generalmente, ésta aumenta la sintomatología negativa y produce una disminución del funcionamiento y de la calidad de vida del paciente. Paradójicamente, la mejora del funcionamiento y la autonomía del paciente pueden suscitar nuevos problemas de convivencia en el entorno familiar. Volvemos a los interrogantes planteados al comienzo de este apartado. La selección de las prioridades en rehabilitación está determinada por multitud de factores, no fácilmente identificables ni mensurables, y en consecuencia no obedecen a un criterio único.

Discusión y conclusiones

La meta prioritaria de la rehabilitación es capacitar a las personas con enfermedades mentales crónicas para que su vida en comunidad sea posible. La consecución efectiva de tan amplio objetivo implicaría importantes cambios sociales, políticos y económicos que deben ser debidamente justificados. ¿Cómo podemos saber si merece la pena invertir grandes sumas de dinero en centros de rehabilitación y recursos residenciales, o si es rentable crear empresas para que esta población desempeñe un trabajo digno? El responder a estas preguntas exige desarrollar, en nuestra opinión, un sistema de evaluación riguroso y completo que dé cuenta de los resultados obtenidos y del grado de eficacia de la intervención.

Como sugiere McFall (69), toda evaluación debería estar fundamentada en una teoría que guíe la elaboración de los instrumentos, la interpretación de los datos, y por consiguiente, la mejora de la intervención. Sin embargo, esta formulación plantea dificultades cuando se intenta aplicar a la práctica de la rehabilitación. En primer lugar, la rehabilitación psicosocial carece de un modelo explicativo nítido sobre las causas del trastorno y, por tanto, sobre las causas del cambio

tras la intervención. Por ejemplo, el conocido modelo de vulnerabilidad (70), base de los programas de tratamiento, tiene una importante aplicación en la práctica clínica, porque normaliza los trastornos mentales y proporciona una explicación racional del origen de la patología y de los pasos a seguir para impedir el deterioro. Sin embargo, el concepto de *vulnerabilidad*, pierde su rigor científico al facilitar únicamente explicaciones *a posteriori*. ¿Cómo se sabe si un individuo determinado tiene vulnerabilidad a padecer un trastorno? ¿Podemos predecir si alguien identificado como «vulnerable» va a padecer efectivamente un trastorno?, ¿Qué trastorno? Es más, el modelo ni siquiera nos permite anticipar con certeza si alguien con una supuesta vulnerabilidad genética (pongamos que uno de sus padres padece esquizofrenia) y que tiene todos los factores de riesgo (alta emoción expresada familiar, acontecimientos vitales y consumo de sustancias tóxicas) va a padecer también esquizofrenia. Tampoco especifica en caso de tener el trastorno diagnosticado cuáles son los mejores pasos a seguir para conseguir resultados positivos.

En segundo lugar, *el modelo de medida* debería atenerse a un marco teórico sólido y, además, ajustarse a las especiales características de las personas con enfermedades mentales crónicas y sus condiciones de intervención. Así, siempre se debe tener presente que estos enfermos al no reconocer en muchos casos su enfermedad, no consideran necesario el tratamiento y, por tanto, tienden a abandonarlo con frecuencia. De este modo, el proceso de enganche se vuelve sumamente delicado e, incluso, a veces impide las continuas evaluaciones a las que deberíamos someter al paciente para conocer adecuadamente el curso de la intervención. Por tanto, el sistema de evaluación de estos trastornos debería incorporar, casi consustancialmente, la posibilidad de obtener datos a través de informantes.

En tercer lugar, la dosis de tratamiento recibida (tanto en términos farmacológicos como de rehabilitación) resulta difícil de determinar dada la complejidad de los tratamientos, su interconectividad, y su falta de precisión en cuanto a sus componentes activos. Todo esto, de nuevo, complica la interpretación correcta de la intervención profesional con respecto a los resultados conseguidos.

Un problema adicional se plantea cuando se intenta determinar no sólo la magnitud del cambio sino sus causas. El diseño de una evaluación óptima debería permitir explicaciones causales, es decir, conocer qué elementos de la intervención producen efectos concretos. Generalmente se aplican dos tipos de tratamiento: farmacológico y psicosocial. La determinación de cuál de ellos ha sido el más efectivo en la consecución de los resultados supone la eliminación de uno de ellos, establecer comparaciones con un grupo control sin tratamiento, e incluso determinar las dosis efectivas de cada tratamiento. La gran cantidad de problemas éticos y metodológicos que se derivan de este procedimiento hacen poco viables los dise-

ños de corte experimental que son casi imprescindibles para la obtención de relaciones causales.

La eficacia de una intervención destinada a la integración en la comunidad viene determinada no sólo por la adquisición de las destrezas adquiridas sino fundamentalmente por su orado de *generalización al contexto natural*. El lugar donde se realizan los entrenamientos dista en muchos aspectos de parecerse a aquél en el que se va a desarrollar la vida cotidiana del paciente, donde intervienen variables de tipo familiar (hábitos familiares, relaciones entre los miembros de la familia, nivel de emoción expresada etc.), social (aprobación/rechazo de amigos, vecinos, sistemas de refuerzo, etc.) y asistencial (tipo de intervención y modelo teórico de otros profesionales, relación con ellos, etc.) que van a ejercer un importante papel en el mantenimiento y perpetuación de los logros conseguidos.

Teniendo en cuenta lo anterior, la evaluación de resultados debería llevarse a cabo siguiendo los siguientes pasos: 1) Selección, guiada por la teoría, de los indicadores de eficacia; 2) Elaboración de un instrumento de evaluación; y 3) Selección de un método de análisis de datos que se adecue a las características de las variables medidas.

En definitiva, la evaluación de los servicios de salud mental es una tarea tan necesaria como compleja y requiere una mayor sensibilidad hacia la misma por parte de quienes diseñan y administran programas de intervención en salud mental. En este artículo hemos efectuado una revisión de los instrumentos disponibles para valorar un aspecto importante aunque parcial: los resultados evaluables en el funcionamiento del usuario o en el participante en un programa. Resulta obvio subrayar que esto no agota las múltiples facetas y perspectivas de la evaluación, pero creemos que puede contribuir al debate acerca de la necesidad de incrementar la formación de clínicos e investigadores sobre la evaluación de programas de salud mental y, en especial, de rehabilitación psiquiátrica.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) EYSENCK, H. J., «The effects of psychotherapy: an evaluation», *Journal of Consulting Psychology*, 1952, 16, pp. 319-324.
- (2) VÁZQUEZ, C., «Revisiones cuantitativas de la literatura: El metaanálisis», *Evaluación Psicológica/ Psychological Assessment*, 1990, 4, pp. 165-186.
- (3) BERO, L.; RENNIE, D., «The Cochrane Collaboration: Preparing, Maintaining, and Disseminating systematic reviews of the effects of health care», *Journal of the American Medical Association*, 1995, 274, pp. 1.935-1.938.
- (4) TAUBES, G., «Looking for evidence in medicine», *Science*, 1996, 272, pp. 22-24.
- (5) HARGREAVES, W. SHUMWAY, M.; HU, T.; CUFFEL, B. (eds.), *Cost-outcome methods for mental health*, Nueva York, Academic Press, 1997.
- (6) BACA, E., «Indicadores de efectividad en la evaluación de servicios psiquiátricos», *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 1991, 12, 37, pp. 93-101.
- (7) BARLOW, D.; HERSEN, M., *Single-case experimental designs: Strategies for studying behavior change*, Elmsford, Nueva York, Pergamon, 1984, 2.ª ed.
- (8) KAZDIN, A., *Research design in clinical psychology* (2nd. ed.). Needham Heights, Massachusetts, Allyn & Bacon, 1992a.
- (9) KAZDIN, A., *Methodological issues and strategies in clinical research*, Washington D.C., American Psychological Association, 1992b.
- (10) KAZDIN, A., «Evaluation in clinical practice: Clinically sensitive and systematic methods of treatment delivery», *Behavior Therapy*, 1993, 24, pp. 11-45.
- (11) *Archivos de Neurobiología. Número monográfico. Instrumentos de evaluación en Psiquiatría y salud mental*, 1997, 60, 2.
- (12) DRAKE, R.; HADDOCK, G.; HOPKINS, R.; LEWIS, S., «The measurement of outcome in schizophrenia», en WYKES, T.; TARRIER, N.; LEWIS, S. (eds.), *Outcome and innovation in psychological treatment of schizophrenia*, Nueva York, Wiley, 1998, pp. 43-57.
- (13) BOWLING, A., *La medida de la Salud*, Barcelona, Masson, 1994.
- (14) BERRIOS, G.; BULBENA, A.; FERNÁNDEZ, R., *Medición en psiquiatría*, Barcelona, Salvat, en prensa.
- (15) SCOTT, J. E.; LEHMAN, A. F., *Social functioning in the community*, en prensa.
- (16) BECKER, T.; THORNICROFT, G., «Evaluación en salud mental: fundamentos y métodos», *Archivos de Neurobiología*, 1997, 60, pp. 81-85.
- (17) BACHRACH, L. L., «Desinstitutionalisation: promises, problems, and prospects», en KNUDSEN, H. C.; THORNICROFT, G. (eds.), *Mental health service evaluation*, Cambridge, Cambridge University, 1996, pp. 3-18.
- (18) YATES, B. T., «Toward the incorporation of costs, cost-effectiveness analysis, and cost-benefits analysis into clinical research», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1994, 62, pp. 729-736.
- (19) HARGREAVES, W. A.; ATTKINSON, C. C., «Programa Evaluation», en TALBOT, J. A.; KAPLAN, S. R. (eds), *Psychiatric Administration*, Grune & Stratton, Nueva York, 1983.
- (20) SHEPHERD, G. «Avances recientes en la rehabilitación psiquiátrica», en ALDAZ, J. A.; VÁZQUEZ, C. (comp.), *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos en rehabilitación*, Madrid, Siglo XXI, 1996, pp. 1-22.
- (21) WING, J. K., «Research designs for the evaluation of services», en KNUDSEN, H. C.; THORNICROFT, G. (eds.), *Mental health service evaluation*, Cambridge, Cambridge University, 1996, pp. 37-49.

ORIGINALES Y REVISIONES

(22) KLUITER, H.; WIERSMA, D., «Randomised controlled trials of programmes», en KNUDSEN, H. C.; THORNICROFT, G. (eds.), *Mental health service evaluation*, Cambridge, Cambridge University, 1996, pp. 259-280.

(23) VALIENTE, C.; SECHREST, L., «Evaluación de la efectividad de programas de rehabilitación psicosocial», en ALDAZ, J. A. y VÁZQUEZ, C. (comp.), *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos en rehabilitación*, Madrid, Siglo XXI, 1996, pp. 341-372.

(24) FARKAS, M.; ANTHONY, W., «Outcome analysis in psychiatric rehabilitation», en FURHER, M. J. (comp.), *Rehabilitation outcomes: Analysis and Measurements*, Baltimore, Paul Brookes, 1987, pp. 43-56.

(25) ANTHONY, W.; FARKAS, M., «A client outcome planning model for assessing psychiatric rehabilitation interventions», *Schizophrenia Bulletin*, 1982, 8, pp. 13-38.

(26) MUÑOZ, M. y otros, «Evaluación de resultados en la esquizofrenia: El ejemplo de la Comunidad Autónoma de Madrid», *Intervención Psicosocial*, 1999.

(27) NEWMAN, F. L.; CARPENTER, D., «Guidelines for selecting psychological instruments for treatment outcome assessment», en CLARKIN, L. J.; RIBA, M. B.; OLDHAM, J. M. (eds.), *Psychological and biological assessment at the turn of the century*, Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1997.

(28) SMITH, R. y otros, «Principles for assessment of patient outcomes in mental health care», *Psychiatric Services*, 1997, 48, pp. 1.033-1.036.

(29) ANTHONY, W. A.; COHEN, M. R.; VITALO, R., «The measurement of rehabilitation outcome», *Schizophrenia Bulletin*, 1978, 4, pp. 365-383.

(30) HARGREAVES, W.; SHUMWAY, M., «Measuring Mental Health Outcomes», en HARGREAVES, W.; SHUMWAY, M.; HU, T.; CUFFEL, B. (eds.), *Cost-outcome methods for mental health*, Nueva York, Academic Press, 1997.

(31) AMERICAN PSYQUIATRIC ASSOCIATION, *DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washinton, D.C., 1994.

(32) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*, Organización Mundial de la Salud, 1992.

(33) ROBINS, L. N., y otros, «National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics, and validity», *Archives of General Psychiatry*, 1981, 38, pp. 381-389.

(34) SPITZER, R. L., y otros, «The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): I. History, rationale, and description», *Archives of General Psychiatry*, 1992, 49, pp. 624-629.

(35) ROBINS, L. N., y otros, «The Composite International Diagnostic Interview: An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic system and different cultures», *Archives of General Psychiatry*, 1988, 45, pp. 1.069-1.077.

(36) OVERALL, J. E.; GORHAM, D. R., «The brief psychiatric rating scale», *Psychological Reports*, 1962, 10, pp. 799-812.

(37) KAY, S.; OPLER, L.; LINDENMAYER, J. P., «The positive and negative syndrome scale: Rationales and standardisation», *British Journal of Psychiatry*, 1989, 155 (Suppl. 7), pp. 59-65.

(38) DEROGATIS, L. R., *SCL-90-R. Administration, scoring and procedures Manual-II*, Towson, MD: Clinical Psychometric Research, 1983.

(39) ENDICOTT, J.; SPITZER, R. L.; FLEISS, J. L.; COHEN, J., «The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance», *Archives of General Psychiatry*, 1976, 33, pp. 766-771.

(40) BAKER, R.; HALL, J. N., *Rehabilitation Evaluation of Hall and Baker (REHAB)*, Aberdeen, Vine Publishing Ltd., 1983.

- (41) ROSEN, A.; HADZI-PAULOVIC, D.; PARKER, G., «The Life Skills Profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, 1989, 15, pp. 325-337.
- (42) BARKER, S., y otros, «A community ability scale for chronically mentally ill consumers: I. Reliability and validity», *Community Mental Health Journal*, 1994a, 30, pp. 363-383.
- (43) BARKER, S., y otros, «A community ability scale for chronically mentally ill consumers: II. Application», *Community Mental Health Journal*, 1994b, 30, pp. 459-472.
- (44) GOODMAN, S. H.; SEWELL, D. R.; COOLEY, E. L.; LEAVITT, N., «Assessing levels of adaptive functioning: the Role Functioning Scale», *Community Mental Health Journal*, 1993, 29 (2), pp. 119-131.
- (45) SCHOOLER, N.; HOGARTY, G.; WEISSMAN, M., *Social Adjustment Scale II (SASII)*. Materials for Community Mental Health Program Evaluators, 1979.
- (46) JOHNSTON, E. C., y otros, «Institutionalisation and the outcome of functional psychoses», *British Journal of Psychiatry*, 1985, 146, pp. 36-44.
- (47) WYKES, T.; STURT, E., «The measurement of social behavior in psychiatric patients: an assessment of the reliability and validity of the SBS schedule», *British Journal of Psychiatry*, 1986, 148, pp. 1-11.
- (48) BIRCHWOOD, M., y otros, «The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients», *British Journal of Psychiatry*, 1990, 157, pp. 853-859.
- (49) CUFFEL, B. J., y otros., «An instrument for measurement of outcomes of care for schizophrenia», *Evaluation and the Health Professions*, 1997, 20, pp. 96-108.
- (50) NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, *Caring for people with severe mental disorders: A national plan of research to improve services*, (DDHS Publication No. ADM 91-1762). Washington, D.C., US Government Printing Office, 1991.
- (51) ROSENBLATT, A.; ATKINSON, C. C., «Assessing outcomes for sufferers of severe mental disorder: A conceptual framework and review», *Evaluation and Program Planning*, 1993, 16, pp. 347-363.
- (52) WARE, J. E., y otros., *SF-36 health survey manual and interpretation guide*, Boston: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
- (53) MCHORNEY, C. A., y otros, «The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups», *Medical Care*, 1994, 32, pp. 40-66.
- (54) KAPLAN, R. M.; BUSH, J. W.; BERRY, C. C., «Health status: types of validity and the Index of Well-being», *Health Services Research*, 1976, 11, pp. 478-507.
- (55) BOBES GARCÍA, J., y otros, *Calidad de Vida en las esquizofrenias*, Barcelona, J. R. Prous Editores, 1995.
- (56) ANDREWS, F. M.; ROBINSON, J. P., «Measures of subjective well-being», en ROBINSON, J. P.; SHAVEER, P. R. & WRIGHTSMAN, L. S. (Eds.), *Measures of personality and social psychology attitudes*, San Diego, California: Academic Press, 1991.
- (57) LEHMAN, A. F., «Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1996, 31, pp. 78-88.
- (58) LEHMAN, A. F., «A quality of life interview for the chronic mentally ill», *Evaluation and Program Planning*, 1988, 11, pp. 51-62.
- (59) BAKER, F.; INTAGLIATA, J., «Quality of life in the evaluation of community support systems», *Evaluation and Program Planning*, 1982, 5, pp. 69-79.
- (60) RUIZ, M. A.; BACA, E., «Design and validation of the «Quality of life Questionnaire» («Cuestionario de Calidad de Vida», CCV): A generic health-related perceived quality of life instrument», *European Journal of Psychological Assessment*, 1993, Vol. 9 (1), pp. 19-32.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (61) GARCÍA-RIAÑO, D.; IBÁÑEZ, E., «Calidad de Vida en Enfermos Físicos», *Rev. Fac. Med. Barna*, 1992, 19 (4), pp. 148-161.
- (62) HOLCOMB, W. R., y otros, «Development of a structured interview scale for measuring of life severely mentally ill», *Journal of Clinical Psychology*, 1993, 49, pp. 830-840.
- (63) VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L., y otros, «Desarrollo de la versión española del perfil de calidad de vida de Lancashire (LQOLP)», *Archivos de Neurobiología*, 1997, 60, pp. 125-139.
- (64) COHEN-MANSFIELD, J., «Agitated behavior and cognitive functioning in nursing home residents: Preliminary results», *Clinical Gerontologist*, 1988, 7, pp. 11-22.
- (65) PLATT, S., y otros, «The Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS): Rationale, contents, scoring and reliability of a new interview schedule», *Social Psychiatry*, 15, pp. 43-55.
- (66) PASCOE, G. C.; ATTKINSON, C. C., «The evaluation ranking scale: a new methodology for assessing satisfaction», *Evaluation and Program Planning*, 1983, 6, pp. 335-347.
- (67) SUÑOL, y otros, «Cuestionario de Demandas Asistenciales», *Revista ROL de Enfermería*, 1988, 154, pp. 36.
- (68) RUGGERI, M.; DALL'AGNOLA, R., «The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals», *Psychological Medicine*, 1993, 23, pp. 511-523.
- (69) MCFALL; RICHARD, M., «The essential role of theory in psychological assessment», en GLUECKANF, R., y otros (ed.), *Improving assessment in rehabilitation and health*, Newbury Park, CA, USA, Sage Publications, 1993, pp. 11-32.
- (70) ZUBIN, J.; SPRING, B., «Vulnerability -a new viex of schizophrenia», *Journal of Abnormal Psychology*, 1977, 86, pp. 103-126.
- (71) EVENSON, C., y otros, «CAPS: An automated evaluation system», *American Journal of Psychiatry*, 1974, 131, 5, pp. 531-534.
- (72) BURNES, A. J.; ROEN, S. R., «Social roles and adaptation to the community», *Community Mental Health Journal*, 1967, 3, pp. 153-158.
- (73) MULHALL, D. J., *Functional Performance Record*, NFER-Nelson, Windsor, 1989.
- (74) WALLACE, C. J., «Functional assessment in rehabilitation», *Schizophrenia Bulletin*, 1986, 12, 4, pp. 604-630.
- (75) KATZ, M. M.; LYERLY, S. B., «Methods for measuring adjustment and social behavior in the community: I. Rationale, description, discriminative validity and scale development», *Psychological Reports*, 1963, 13, pp. 503-535.
- (76) STRAUSS, J. S.; CARPENTER, W. T., «Characteristic symptoms and outcome in schizophrenia», *Archives of General Psychiatry*, 1974, 30, pp. 429-434.
- (77) KELLER, M. B., y otros, «The Longitudinal Interval Follow-up Evaluation», *Archives of General Psychiatry*, 1987, 44, pp. 540-549.
- (78) ELLSWORTH, R. B., «Evaluating and applying information about treatment outcome», *Hospital and Community Psychiatry*, 1970, abril, 21 (4), pp. 115-7.
- (79) AFFLECK, J. W.; MCGUIRE, R. J., «The measurement of psychiatric rehabilitation status: a review of the needs and a new scale», *British Journal of Psychiatry*, 1984, 145, pp. 517-525.
- (80) HONIGFELD, y otros, «NOSIE-30: A treatment-sensitive ward behavior scale», *Psychological Reports*, 1966, 19, 1, pp. 180-182.
- (81) ELLSWORTH, R. B., y otros, «Hospital and community adjustment as perceived by psychiatric patient, their families and staff», *Journal of Consulting and Clinical Psychology Monograph*, 1968, 32, Part: 2, pp. 1-14.
- (82) ENDICOTT, J.; SPITZER, R. L., «What! Another rating scale? The Psychiatric Evaluation Form», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1972, 154, pp. 88-104.

(83) SPITZER, R. L. y otros, «The psychiatric status schedule: A technique for evaluating psychopathology and impairment in role function», *Archives of General Psychiatry*, 1970, 23, pp. 41-55.

(84) WILLER, B., BIGGIN, P., «Comparison of rehospitalized and nonrehospitalized psychiatric patients on community adjustment: self-assessment guide», *Psychiatry*, 1976, 39(3), pp. 239-244.

(85) LINN, M., y otros «A social dysfunction rating scale», *Journal of Psychiatric Research*, 1969, 6, 4, pp. 299-306.

(86) SERBAN, G., «Social stress and functioning inventory for psychotic disorders: Measurement and prediction of schizophrenics community adjustment», *Comprehensive Psychiatry*, 1978, 19, pp. 337-347.

* Carmelo Vázquez, Manuel Muñoz, Mónica Díez, psicólogos, Facultad de Psicología de la Universidad Complutense. Eva Muñiz, psicóloga, Centro de Rehabilitación Laboral «Vázquez de Mella». Beatriz López, psicóloga, Facultad de Humanidades, Departamento de Psicología, Universidad de Jaén. Laura Hernángomez, PIR, Área 10 de la C.A.M. (Centro de Salud de Parla).
Correspondencia: Carmelo Vázquez. Facultad de Psicología. Universidad Complutense. 28223 Madrid. Telf. 91 394 31 31.

** Fecha de recepción: 11-XI-1999.