

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID



Facultad de Psicología

Doctorado de Psicología Clínica y de la Salud

TESIS DOCTORAL

**EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN
PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES
DESDE LA PERSPECTIVA DE LA
ENFERMERA DE SALUD MENTAL**

Elena Hernando Merino

Madrid, 2022

Directores:

Dr. Enrique Baca García

Dra. María Luisa Barrigón Estévez

Tutor académico:

Dr. Enrique Baca García

DR. ENRIQUE BACA GARCÍA, PROFESOR TITULAR DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID Y JEFE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DE LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DIAZ

CERTIFICA QUE:

El trabajo de investigación presentado por **Dña. Elena Hernando Merino**, titulado **“Evaluación de la discapacidad en personas con trastornos mentales desde la perspectiva de la enfermera de Salud Mental”** realizado bajo mi dirección, reúne los requisitos científicos, metodológicos y de originalidad suficientes para ser defendido como Tesis Doctoral ante el Tribunal que legalmente proceda.

Y para que surta los efectos oportunos, se firma la presente en Madrid a 24 de febrero de 2022.

Dr. Enrique Baca García

**DRA MARIA LUISA BARRIGÓN ESTÉVEZ, PSIQUIATRA FACULTATIVO
ESPECIALISTA DE AREA DE LA UNIDAD DE GESTION CLINICA DE
SALUD MENTAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCIO
DE SEVILLA**

CERTIFICA QUE:

El trabajo de investigación presentado por **Dña. Elena Hernando Merino**, titulado **“Evaluación de la discapacidad en personas con trastornos mentales desde la perspectiva de la enfermera de Salud Mental”** realizado bajo mi dirección, reúne los requisitos científicos, metodológicos y de originalidad suficientes para ser defendido como Tesis Doctoral ante el Tribunal que legalmente proceda.

Y para que surta los efectos oportunos, se firma la presente en Madrid a 24 de febrero de 2022.

Dra. María Luisa Barrigón Estévez

“Lo importante no es mantenerse vivo, sino mantenerse humano”

George Orwell

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a Enrique Baca-García y María Luisa Barrigón, director y codirectora de esta Tesis Doctoral. Por su dedicación e inestimable ayuda en la realización de este trabajo; pero, sobre todo, por despertar en mí el interés por la investigación en los años de residencia. En este tiempo que hemos compartido, no solo se han convertido en personas con las que he podido crecer profesionalmente, sino científicamente y también personalmente. Gracias, por acompañarme durante todos estos años y por todas las oportunidades.

A mis compañeros en este camino, que han compartido conmigo este esfuerzo y dedicación por la investigación, en especial a mis amigos, Aina y Manuel, que espero celebremos juntos este logro, en este año y a Isabel, con la que no sólo he compartido todo esto sino también nuestro estreno en la docencia universitaria.

A mis compañeras residentes del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, que han sido un apoyo fundamental en estos años y se han convertido en personas indispensables en mi vida; así como a mis compañeros del Hospital Infanta Elena y del Hospital Clínico San Carlos.

A mis amigos, los que siempre me han apoyado en todo y que han estado presentes, en la cercanía o en la distancia, durante todo estos años de duro trabajo. Infinitas gracias por su disponibilidad en los necesarios momentos de respiro y también por saber respetar mis ausencias.

A mi familia, en especial a mis padres por confiar siempre en mí, en mi buena decisión y capacidad para enfrentarme a retos y aventuras, tanto personales como profesionales; sin su apoyo incondicional esto no sería posible.

Gracias a todos por todo lo que me aportáis cada día.

TITULO: “EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ENFERMERA DE SALUD MENTAL”

AUTOR: Elena Hernando Merino

INTRODUCCIÓN

Desde su inicio, la OMS ha incluido el bienestar mental dentro de la definición de salud y en la actualidad, los problemas de salud mental constituyen una prioridad para la salud pública mundial. Los datos más actuales muestran que entre el 10 y el 20% de la población mundial presenta algún trastorno mental (GBD, 2019; ENSE, 2017). Según el Estudio Europeo de Epidemiología de los Trastornos Mentales (ESEMeD), en los países occidentales, alrededor de un 40% de las personas presentan un trastorno mental en algún momento de su vida.

Los trastornos mentales pueden clasificarse en trastornos mentales graves y comunes. Los trastornos mentales graves (TMG) son menos frecuentes que los comunes, pero de elevada complejidad y mayor riesgo de cronicidad (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009). En contraposición, los trastornos mentales comunes (TMC) se denominan así para distinguirse de los anteriores y son aquellos que no requieren habitualmente la intervención de más de un profesional. Mientras que las personas con TMG requieren una variedad de recursos del sistema sociosanitario para ser tratadas, aquellas con TMC no cuentan con esta variedad de recursos (National Institute for Health and Care Excellence, 2011).

Globalmente los trastornos neuropsiquiátricos representan casi el 20% de la discapacidad atribuible a problemas de salud y los trastornos mentales son el principal motivo de años de vida ajustados por discapacidad (cerca del 40%) (ENSE, 2017).

La evaluación de la funcionalidad fue seleccionada como una de las 25 principales prioridades de investigación para el campo de salud mental global (Thomas, 2016). Para su evaluación, la OMS desarrolló la escala de evaluación de la discapacidad 2.0 (WHODAS 2.0) (WHO, 2000). El instrumento ha demostrado ser útil para evaluar niveles de discapacidad en la población general y personas con enfermedades tanto físicas como mentales), facilita el diseño de intervenciones sanitarias y el seguimiento de su impacto (Koopmans, 2020). Está avalado por numerosos estudios como una medida útil del deterioro funcional en los trastornos psiquiátricos (Konecky, 2014). Sin

embargo, no es habitual la evaluación sistemática de la funcionalidad de las personas en seguimiento en salud mental en el contexto clínico. Los enfermeros especialistas en Salud Mental ocupan un lugar estratégico en la red de salud mental para la evaluación de la discapacidad.

Es de destacar la representación de los TMC en la carga global de enfermedad, pese a esto son pocos los estudios que investigan la discapacidad de los TMC y menos aun los que comparan la carga de discapacidad que suponen los TMC frente a los TMG.

OBJETIVOS

El objetivo general de esta Tesis Doctoral ha sido estudiar la discapacidad, medida mediante la escala WHODAS 2.0, en los pacientes atendidos a lo largo de un año en la consulta de la enfermera especialista en Salud Mental en el CSM del Hospital Infanta Elena de Valdemoro (Madrid). De forma específica, en este trabajo:

- Se describe la discapacidad basal de estos pacientes y se compara en pacientes con trastorno mental grave y trastorno mental común, ajustando por otras posibles variables de confusión.
- Se describen los cambios en las puntuaciones de WHODAS 2.0 en los pacientes, tras un año de seguimiento y se compara la evolución entre trastornos mentales graves y trastornos mentales comunes.
- Se comparan las características basales de los participantes que completaron el seguimiento al año con la enfermera de Salud Mental y los que no lo hicieron.

METODOLOGÍA

Realizamos un estudio descriptivo longitudinal no experimental con diseño pre/post entre diciembre de 2017 y mayo de 2019 en condiciones reales de la consulta de enfermería de Salud Mental. Se invitó a participar a todos los pacientes atendidos por la enfermera desde diciembre de 2017 hasta mayo de 2018. Se incluyeron personas con cualquier diagnóstico psiquiátrico. Los criterios de inclusión fueron 1) edad mayor de 18 años y 2) consentimiento informado por escrito proporcionado por el paciente y los criterios de exclusión: 1) trastornos cognitivos codificados como F00-F09 según la clasificación CIE-10 (OMS, 1992); 2) descompensación clínica que afectase la

cooperación o que implicase riesgo de suicidio; y 3) analfabetismo o falta de fluidez en el idioma español.

De todos los pacientes que aceptaron participar, se recogieron los siguientes datos: información sociodemográfica, diagnóstico clínico según el sistema de clasificación CIE-10 y discapacidad en el momento del primer contacto enfermera-paciente y al año de seguimiento.

La discapacidad se evaluó de acuerdo con la WHODAS 2.0 (Ustün, 2010; Vázquez-Barquero, 2006). Este cuestionario evalúa las dificultades de las personas durante los 30 días anteriores en seis dominios diferentes: a) comunicación y comprensión, b) movilidad, c) cuidado personal, d) relacionarse con otras personas, e) actividades de la vida diaria: responsabilidades domésticas, ocio, trabajo y escuela; y f) participación en la sociedad. Las puntuaciones varían entre 0 y 100, y las puntuaciones más altas indican una mayor discapacidad. La escala arroja dos puntuaciones totales, según la persona tenga o no actividad laboral.

Todos los cuestionarios se han administrado en una versión electrónica integrada en la herramienta web multiplataforma MEmind (Barrigón, 2017) utilizada en el Departamento de Psiquiatría de la FJD desde mayo de 2014.

Los análisis de datos se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS 23.

En el análisis basal transversal, describimos la muestra en términos de características clínicas, demográficas y el nivel de discapacidad. Se dividió la muestra en dos grupos según el diagnóstico (TMG versus TMC) y se compararon las variables sociodemográficas y las puntuaciones en discapacidad (global y por dominios) según grupo, empleando los test Chi-cuadrado o t de Student según procediese. Además, se realizó un análisis multivariante para estudiar la influencia del diagnóstico y variables sociodemográficas en las diferencias en discapacidad para aquellos dominios en los que se hallaron diferencias entre los TMG y los TMC.

En el análisis longitudinal, se compararon las puntuaciones de WHODAS 2.0 al inicio y al año de seguimiento en la muestra total, y comparamos pacientes con TMG y pacientes con TMC, mediante la prueba t de Student para muestras pareadas. Finalmente, comparamos las características basales de los pacientes que estaban bajo tratamiento de enfermería al año de seguimiento y los que no lo estaban, utilizando Chi cuadrado y t de Student cuando correspondía.

RESULTADOS

La muestra incluyó 133 pacientes (43 hombres y 90 mujeres). De estos, 52 (39,1%) fueron diagnosticados de TMG y 81 (60,9%) de TMC.

En el momento del reclutamiento no encontramos diferencias en la puntuación total entre ambos grupos ($31,13 \pm 16,64$ en TMG y $35,77 \pm 17,15$ en TMC; $p= 0,12$), siendo una muestra bastante funcional, con puntuaciones globales bajas. Los dominios más afectados en la muestra total fueron “Actividades domésticas” ($41,50 \pm 30,64$) y “Participación en la sociedad” ($43,30 \pm 19,75$). Por el contrario, el dominio mejor puntuado fue “Cuidado personal” ($16,77 \pm 19,56$).

Las puntuaciones de los dominios que fueron significativamente más altos en TMC con respecto a TMG, fueron el “Trabajo” ($36,95 \pm 39,75$ en TMC frente a $17,17 \pm 32,17$ en TMG; $p= 0,00$) y “Participación en la sociedad” ($46,19 \pm 19,07$ en TMC frente a $38,78 \pm 20,12$ en TMG; $p=0,04$).

Para los dominios en los que encontramos diferencias en los dos grupos (“Trabajo” y “Participación en la sociedad”) realizamos un análisis multivariante y observamos que para el dominio “Trabajo”, influyeron de forma significativa, el hecho de estar activo laboralmente y tener pareja. Sin embargo, en el dominio “Participación en la sociedad”, todas las variables tenidas en cuenta perdieron su significación.

A lo largo del año de seguimiento, de los 133 participantes iniciales, 75 (56,4%) lo completaron y fueron evaluados de nuevo con la WHODAS 2.0. Entre los participantes que completaron el seguimiento, 47 tenían un diagnóstico de TMG y 28 de TMC. En ambos grupos hubo una mejoría significativa al año en la puntuación total de la WHODAS ($24,38 \pm 15,30$; $p=0,00$) y en todos los dominios, excepto en el dominio “Relacionarse con otras personas” ($26,89 \pm 22,24$; $p=0,49$) y “Trabajo” ($16,67 \pm 30,88$; $p=0,11$).

Entre los que completaron el seguimiento y los que no lo hicieron, no hubo diferencias significativas en las puntuaciones para WHODAS ($33,16 \pm 17,42$ frente a $34,99 \pm 16,64$; $p=0,54$). Se observó que dejan el seguimiento personas más jóvenes ($40 \pm 14,53$ frente a $46,17 \pm 12,79$ años; $p=0,012$), que están activos laboralmente (72,4% frente a un 27,6%; $p=0,00$) y están diagnosticados de TMC (86,2% frente a un 13,8%; $p=0,00$), más frecuentemente.

DISCUSIÓN

En primer lugar, encontramos niveles de discapacidad global comparables entre TMG y TMC, e incluso algunos dominios como “Trabajo” y “Participación en la sociedad” más afectados en TMC. Estos resultados van en la misma línea de estudios como el europeo ESEMeD y el de Cotrena y cols. que muestran niveles de discapacidad comparables entre personas TMG y TMC e incluso más altos en estas últimas (Alonso, 2004; Cotrena, 2016), aunque también hay estudios poblacionales que encuentran que la discapacidad es mayor en personas con esquizofrenia seguidos de los trastornos de ansiedad, trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor (Sjonnese, 2016).

En cuanto a la afectación específica por dominios, muchos son los estudios previos en TMG que coinciden con nuestros resultados, en los que los dominios más afectados son, como en nuestro trabajo, “Actividades domésticas” y “Participación en la sociedad” y el menos afectado, el “Cuidado personal” (Akinsulore, 2015; Holmberg, 2021; Roth, 2021). No hay tantos estudios sobre discapacidad en TMC, pero nuestros resultados van en la misma línea que los obtenidos en el estudio de Chiang y cols (Chiang, 2021).

Entre nuestros pacientes, el porcentaje de desempleo en la muestra total fue de un 47,4% y entre los TMG del 76,9%. Las estimaciones de desempleo en personas con esquizofrenia en los países desarrollados oscilan entre 70 y 85% (Olagunju, 2016),

En lo que respecta al estudio de seguimiento, encontramos una mejoría en las puntuaciones globales de WHODAS para la muestra total, Al estudiar por separado TMG y TMC, en ambos grupos hubo una mejoría significativa al año en la puntuación total de la WHODAS y en todos los dominios, excepto en el dominio “Relacionarse con otras personas” y “Trabajo”

Con respecto a la evolución de las puntuaciones de discapacidad tras el año de seguimiento en pacientes con TMC, nuestros resultados coinciden con los resultados de Chiang y cols. (Chiang, 2021); pero contrastan con otros estudios como el de Saragoussi y cols., que aunque usaron otro instrumento de evaluación, no observaron mejoría en la salud física de la muestra, (Saragoussi, 2018); o el de Thomas y cols. que observaron mejorías en los mismo dominios que en nuestro estudio, pero además en el dominio del “Trabajo” (Thomas, 2016).

Otros estudios que evaluaron la discapacidad tras un seguimiento en personas

con TMG han informado hallazgos similares a los nuestros (Kästner, 2015; Chen, 2020).

A lo largo de este año de seguimiento, de los 133 participantes iniciales, 75 (56,4%) continuaban en seguimiento en la consulta de enfermería. Dentro de los pacientes con TMG que no completaron el seguimiento, los motivos fueron por traslado de zona o ciudad (3) o derivación a otro recurso de la red de salud mental (1) y tan solo un paciente (0,05%) abandonó el seguimiento. Mientras que entre los pacientes con un TMC, 35 fueron dados de alta por parte del servicio de psiquiatría antes de cumplir el año de seguimiento, 13 abandonaron el seguimiento en todas las consultas, incluidas psiquiatría y psicología, cuatro abandonaron las consultas de enfermería continuando con el resto y uno se derivó a otro recurso. En sentido estricto, esto representa una tasa de abandonos del 15% (20 de 133). Estas tasas de abandono son similares en otros estudios: un 10,9 % en un estudio en India (Chen, 2020), un 24,19%, en el caso del estudio de Valencia (Castañeda, 1997), muy similares a los del estudio de Alemania, con un 25,2% (Kästner, 2015), seguidos de unas cifras un poco mayores en Madrid, con un 33,2% (Reneses, 2009) o en Girona, con un 34,8% de abandonos (Calvo, 2018).

Las personas que no completaron el seguimiento fueron principalmente más jóvenes, activos laboralmente y tenían un diagnóstico de TMC. Este perfil de pacientes es en parte similar a los encontrados por Thomas y cols. (Thomas, 2016), ya que en su estudio los que abandonaron tienden a ser más jóvenes y con menos diagnósticos de TMG, pero también encontraron más hombres; mientras que nosotros no encontramos diferencias significativas de género. En otro estudio realizado solo en personas con TMG, no se encontraron diferencias de género o edad entre los que abandonaron (Kästner, 2015).

Nuestro estudio refleja la práctica habitual de las consultas ambulatorias de salud mental donde es frecuente que el seguimiento en los pacientes con TMG se prolongue a lo largo de la vida; sin embargo, las personas con TMC además de ser dadas de alta tienden a abandonar el tratamiento de forma no consensuada con el terapeuta. En estos casos, interpretamos que por lo general hay una mejora, pero esto no ha sido comprobado en nuestro estudio y habría sido de interés.

La principal fortaleza de nuestro estudio es su realización en condiciones de práctica clínica real. Además, nuestro estudio es innovador, ya que realizamos una medición clínica, la funcionalidad, que actualmente no se realiza de manera sistemática

en la práctica de enfermería de Salud Mental. Pese al interés de este estudio, tenemos que señalar algunas limitaciones. Por un lado, los resultados no son generalizables, para ello habríamos necesitado una muestra mayor y un diseño multicéntrico. Por otro lado, no validamos la discapacidad medida con la WHODAS con medidas objetivas, lo que puede haber introducido sesgos de respuesta. Además, algunas variables importantes como el apoyo familiar, la intensidad de síntomas, el tipo de intervención o la adherencia al tratamiento no se estudiaron. Por último, no hemos contado con un grupo control de población general.

CONCLUSIONES

Este artículo describe el perfil del paciente atendido en la práctica real de la enfermera de Salud Mental en un entorno comunitario así como su evolución, centrándonos en la discapacidad medida con WHODAS 2.0. Encontramos que la discapacidad de los pacientes con TMC es similar a la de los TMG y que en ambos casos se produce una mejoría a lo largo de un año de seguimiento. A la vista de nuestros resultados, recomendamos la valoración sistemática de la discapacidad de las personas que sufren trastornos mentales y proponemos que el profesional indicado para esta valoración es la enfermera de Salud Mental.

PALABRAS CLAVE

discapacidad, funcionalidad, evaluación, trastorno mental, WHODAS 2.0, enfermera de salud mental, resultado, estudio naturalista.

ÍNDICE

LISTADO DE ABREVIATURAS	13
INTRODUCCIÓN	15
1.1 CONCEPTOS DE SALUD MENTAL	17
1.2 EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS MENTALES	19
1.3 DISCAPACIDAD EN LOS TRASTORNOS MENTALES	25
1.4 CURSO DE LOS TRASTORNOS MENTALES	31
1.5 CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD	42
1.6 ESTRATEGIAS EN SALUD MENTAL	48
1.7 ENFERMERIA ESPECIALISTA DE SALUD MENTAL	55
JUSTIFICACIÓN,	59
OBJETIVOS E HIPÓTESIS	59
JUSTIFICACIÓN	61
OBJETIVOS	62
OBJETIVO GENERAL	62
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	62
HIPÓTESIS	64
MATERIAL Y MÉTODOS	65
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	67
MUESTRA	68
INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	69
Plataforma digital MEmind	69
Cuestionarios empleados	70
PROCEDIMIENTO	72
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	75
CONSIDERACIONES ÉTICAS	76
RESULTADOS	77
RESULTADOS PRINCIPALES DEL ARTICULO 2	81
RESULTADOS PRINCIPALES DEL ARTICULO 3	84
DISCUSIÓN	91
RESULTADOS PRINCIPALES	93
COMPARACIÓN CON RESULTADOS PREVIOS	94
FORTALEZAS Y LIMITACIONES	105

PERSPECTIVAS FUTURAS	107
CONCLUSIONES.....	109
REFERENCIAS.....	113
TABLAS.....	135
FIGURAS	137
APÉNDICES	139

LISTADO DE ABREVIATURAS

ACT	Tratamiento Comunitario Asertivo
AN	Anorexia Nerviosa
APA	Asociación Americana de Psiquiatría
AUD	Trastorno por Consumo de Alcohol
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
AVD	Años Vividos con Discapacidad
AVISA	Años de Vida Saludable Perdidos
AVP	Años de Vida Perdidos por Discapacidad
BN	Bulimia Nerviosa
CEIC	Comité de Ética para la Investigación Clínica
CIE	Clasificación Internacional de las Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud
CSM	Centro de Salud Mental
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
ECG	Electrocardiograma
EMA	Evaluaciones Momentáneas Ecológicas
ENSE	Encuesta Nacional de Salud de España
ESEMeD	Estudio Europeo de Epidemiología de los Trastornos Mentales
FC	Frecuencia Cardíaca
GAF	Evaluación Global del Funcionamiento
GBD	Carga Global de Enfermedad
IMC	Índice de Masa Corporal
NIMH	Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos

OMS	Organización Mundial de la Salud
PAE	Proceso de Atención de Enfermería
PCC	Programa de Continuidad de Cuidados
PIB	Producto Interior Bruto
TA	Tensión Arterial
TB	Trastorno Bipolar Tipo I
TCA	Trastorno de la Conducta Alimentaria
TDM	Trastorno Depresivo Mayor
TEA	Trastorno del Espectro Autista
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático
TLP	Trastorno Límite de Personalidad
TMC	Trastorno Mental Común
TMG	Trastorno Mental Grave
TP	Trastorno de Personalidad
UE	Unión Europea
WHODAS	Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad
WMH-CIDI	Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la Organización Mundial de la Salud

INTRODUCCIÓN

1.1 CONCEPTOS DE SALUD MENTAL

Desde su inicio, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incluido el bienestar mental dentro de la definición de salud, que define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (WHO, 2001).

Para entender el concepto de salud mental, la OMS propuso la siguiente definición: “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (WHO, 2001a). Desde el punto de vista de la salud mental esto implica tres aspectos clave:

- Es parte integral de la salud
- Es más que la ausencia de enfermedad
- Está directamente relacionada con la conducta y la salud física.

En contraposición, un trastorno mental es, según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (APA, 2013), “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación de las emociones o comportamiento que refleja una disfunción en lo psicológico, biológico, o procesos de desarrollo subyacentes al funcionamiento mental”. A su vez, los trastornos mentales se pueden diferenciar en trastornos mentales graves y comunes.

El concepto de trastorno mental grave (TMG) surge en el ámbito de la atención comunitaria en salud mental para mejorar la organización del sistema sanitario (Conejo Cerón, 2014). La definición de TMG más aceptada internacionalmente es la que formuló el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) en 1987, que lo define como “un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social” (NIMH, 1987). El término TMG fue propuesto en base a tres criterios (Bachrach, 1988):

- a) Diagnóstico: psicosis no orgánicas y algunos trastornos de la personalidad.

b) Duración: tener una larga historia de hospitalizaciones previas o tratamiento ambulatorio.

c) Discapacidad: afectación del funcionamiento laboral, social y familiar de moderada a severa.

Posteriormente, muchos autores han modificado los criterios que estableció el NIHM, pero manteniendo las tres dimensiones mencionadas anteriormente (Ruggeri, 2000; Gisbert, 2003; Lora, 2007). Por el momento, no se han unificado criterios para la definición de TMG.

Entre los TMG se encuentran varios diagnósticos con duración prolongada de más de dos años, con afectación en uno o más dominios del funcionamiento, y que necesitan un abordaje multidisciplinar con tratamientos farmacológicos y psicológicos e intervenciones en el entorno y en otros dominios: habilidades sociales, formación, inserción laboral, ocio, etc (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009; National Institute for Health and Care Excellence, 2011). Así, quedan incluidos los trastornos esquizofrénicos y delirantes, los trastornos bipolares y algunos trastornos neuróticos y de personalidad graves asociados a psicosis (Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2006). Son trastornos menos frecuentes que los comunes, pero de elevada complejidad y mayor riesgo de cronicidad.

Por otro lado, los trastornos mentales comunes (TMC) se definen en contraposición a los TMG y son aquellos que no requieren habitualmente la intervención de más de un profesional. Incluyen los trastornos del estado de ánimo, como la distimia y el episodio depresivo mayor unipolar, y los trastornos de ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastornos fóbicos, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno por estrés postraumático (National Collaborating Center for Mental Health, 2011; Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Por lo tanto, mientras que las personas con TMG requieren una variedad de recursos del sistema sociosanitario para ser tratadas, aquellas con TMC, no cuentan con esta variedad de recursos.

1.2 EPIDEMIOLOGÍA DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Según la OMS, los problemas de salud mental constituyen una prioridad para la salud pública mundial, se estima que hasta 450 millones de personas los sufren (Haro, 2006).

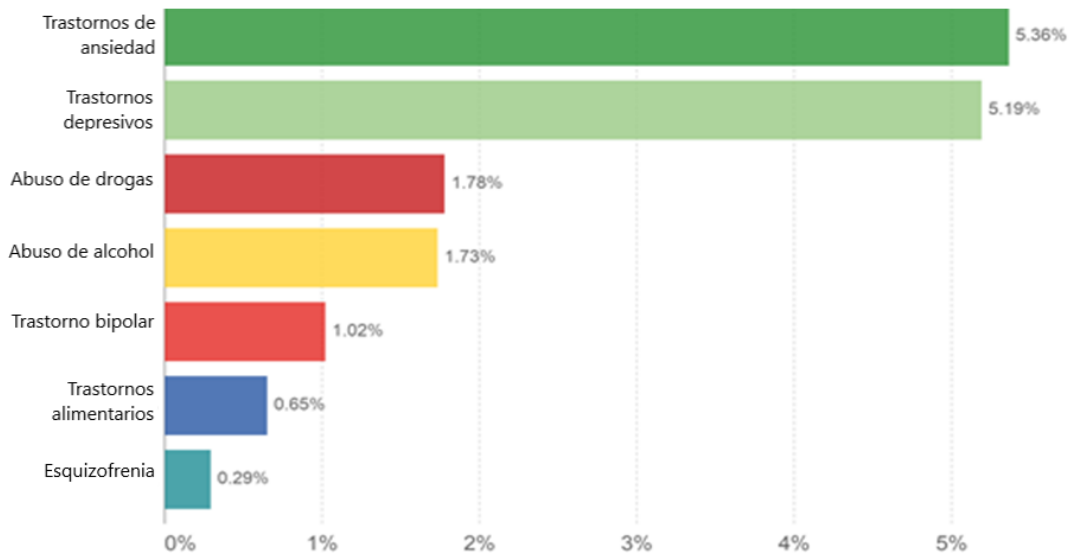
Los informes epidemiológicos mundiales sobre los trastornos mentales del Global Burden Disease (GBD) y del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) muestran los siguientes datos en 2019 (*Tabla 1 y Figura 1*). Podemos observar, como un 12,26% de la población mundial presenta algún trastorno mental.

Tabla 1. Proporción de población con algún trastorno mental en 2019 en España.

Trastorno mental	Proporción de población mundial	Nº de personas	Proporción de hombres (H) y mujeres (M)
Cualquier trastorno mental	12,26%	970,1 millones	11,73% H / 12,76% M
Depresión	3,4%	279,6 millones	2,71% H / 4,16% M
Ansiedad	3,78%	301,4 millones	2,86% H / 4,69% M
Trastorno Bipolar	0,49%	39,5 millones	0,47% H / 0,51 M
Trastornos de Alimentación	0,17%	13,6 millones	0,12% H / 0,23% M
Esquizofrenia	0,29%	23,6 millones	0,30% H / 0,27% M

Fuente: Elaboración propia a partir de: <https://ourworldindata.org/mental-health>

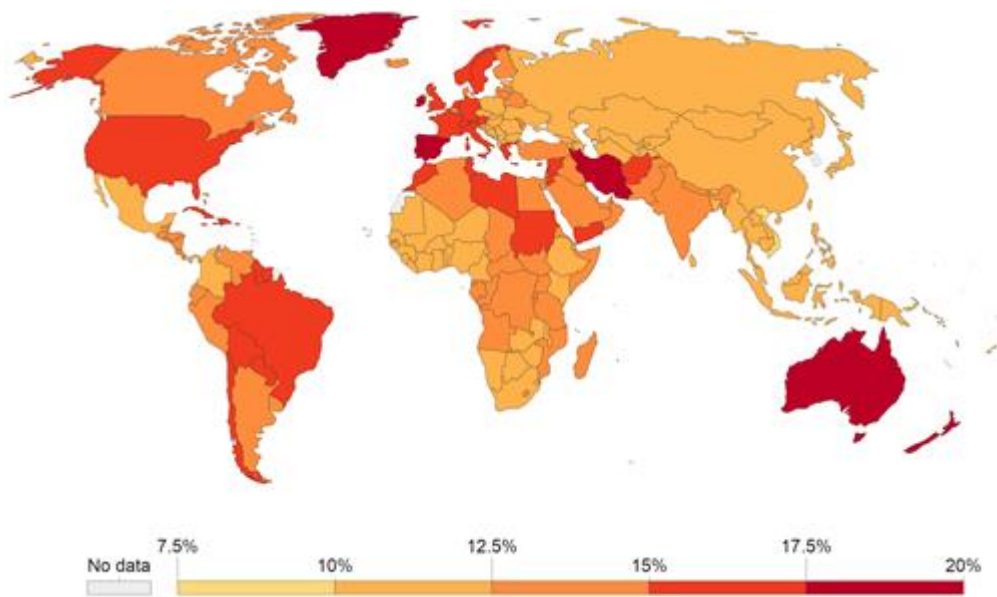
Figura 1. Prevalencia de algunos trastornos mentales en 2019 en España



Fuente: <https://ourworldindata.org/mental-health>

En España la prevalencia de trastornos mentales en 2019 era de cercana al 20%, como se observa en la Figura 2.

Figura 2. Prevalencia de trastornos mentales en 2019 a nivel mundial



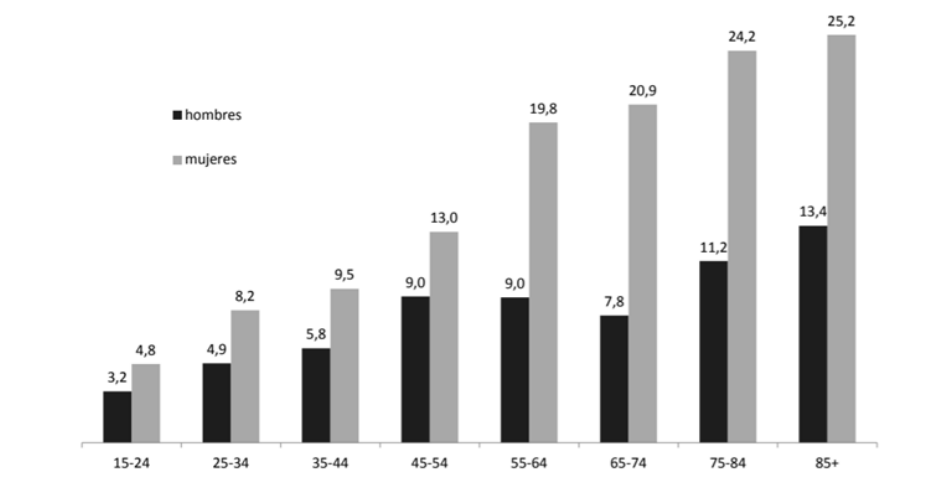
Fuente: <https://ourworldindata.org/mental-health>

En 2020, ha habido un aumento en la prevalencia del trastorno depresivo mayor y de ansiedad relacionado con la emergencia de la pandemia debida al virus SARS-Cov-2 y sus efectos directos e indirectos en la salud, cambios en la actividad, en el aislamiento social o la economía mundial entre otros aspectos (COVID-19 Mental Disorders Collaborators, 2021).

El estudio epidemiológico de referencia en Salud Mental en España es, sin duda, el estudio europeo de epidemiología de los trastornos mentales (ESEMED), resultado de un estudio europeo, integrado a su vez en el proyecto de Encuestas de Salud Mental de la OMS. Es una encuesta personal domiciliaria realizada a una muestra representativa de mayores de 18 años en los países de Bélgica, Francia, Alemania, Italia, los Países Bajos y España. El instrumento utilizado es la entrevista diagnóstica internacional compuesta de la Organización Mundial de la Salud (WMH-CIDI) que evalúa la prevalencia, la gravedad y la carga de los trastornos mentales, la utilización de los servicios, el uso de medicamentos en el tratamiento y la identificación de los que están en tratamiento y los que no; así como, las dificultades de accesibilidad para el tratamiento. Según este estudio, en los países occidentales, aproximadamente una de cada cuatro personas cumple criterios diagnósticos de un trastorno mental en el último año y alrededor de un 40% lo presentan en algún momento de su vida (Alonso, 2007).

Respecto a la población española, según los resultados recogidos en la Encuesta Nacional de Salud Española (ENSE) de 2017, más de una de cada diez personas mayores de 15 años fue diagnosticada de algún problema de salud mental en ese año (10,8%) (*Figura 3*).

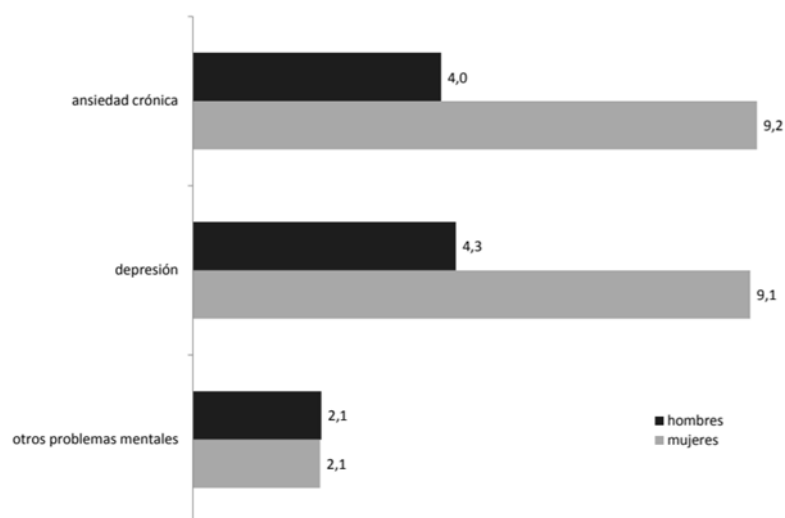
Figura 3. Prevalencia de “alguna enfermedad mental” (ansiedad, depresión u otros problemas mentales) según sexo y grupo de edad (%).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España, 2017

De las 32 enfermedades a las que hace referencia la ENSE, la ansiedad y la depresión se sitúan en los puestos 10º y 11º de prevalencia en la población general de más de 15 años, casi en la misma proporción (6,7%). El 3,9% de la población refirió ambas, y el 9,6% ansiedad crónica y/o depresión (13,0% de las mujeres y 5,9% de los hombres). El 2,1% de la población declaró padecer “otros problemas mentales” (Figura 4).

Figura 4. Prevalencia de distintos problemas de salud mental en población de 15 y más años según sexo (%).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud de España, 2017

Según la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, las estimaciones de la prevalencia de trastornos mentales a 12 meses varían entre el 9,6 y el 27,8% en la población adulta general madrileña (ORCSM, 2018).

De entre los TMG, la esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Se calcula que entre 7 y 8 personas por mil padecerán esquizofrenia a lo largo de su vida, siendo la prevalencia puntual de 4,6 por mil. La incidencia se sitúa cerca del 1 por diez mil al año. Los últimos treinta años han visto un rápido aumento en la prevalencia mundial de personas con este trastorno, de 32,7 millones en 1990 a 48,8 millones en 2013, un aumento del 49,1% (Ferrari, 2016). En un metaanálisis de la prevalencia de los trastorno psicóticos, de las 101 estimaciones de los diferentes estudios, la prevalencia media global es de 5,93 por mil, la prevalencia media puntual es de 3,9 por mil, la prevalencia de 12 meses es de 4,56 por mil y la prevalencia de por vida es de 9,57 por mil (Moreno-Küstner, 2018).

En España, se estima que padecen este trastorno unas 400.000 personas y muchas otras están sin diagnosticar. En nuestro entorno, en la Comunidad de Madrid, los TMG afectan entre 39.000 y 65.000 personas (ORCSM, 2018). Se cree que un 3% de la población puede presentar un trastorno psicótico en algún momento de su vida y que en un año, unas 650 personas tendrán un primer episodio psicótico (ORCSM, 2018).

Dentro de los TMC, según la OMS, la depresión afecta a 350 millones de personas en el mundo y sitúa a España en el cuarto país de Europa con más casos, llegando a afectar a más de 2 millones de personas (Haro, 2006). Según el estudio ESEMeD, en España, el más frecuente de los TMC es el trastorno depresivo mayor, con un 3,9 % de prevalencia/año y un 10,5 % de prevalencia/vida. Tras el trastorno depresivo mayor, los trastornos con mayor prevalencia/vida son la fobia específica (4,52%), la distimia (3,65%) y el trastorno por abuso de alcohol (3,55%) (Haro, 2006).

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid también ha estudiado los datos epidemiológicos para otros trastornos. Así, la prevalencia de los trastornos de personalidad se establece en un intervalo entre el 10,3 y 15% de la población, siendo el más frecuente el trastorno límite de personalidad (TLP). Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en España tienen una prevalencia que oscila entre el 4,1% y el 6,4%.

Según algunos datos hasta el 96% de las pacientes adultas con un TCA presentan otra comorbilidad psiquiátrica. La prevalencia de los trastornos del espectro autista (TEA) ha aumentado en los últimos años y los últimos datos recogidos rondan entre el 1 y el 2,6% de la población. Además, el suicidio es un problema de Salud Pública, que constituye la primera causa externa de muerte en España, por encima de los accidentes de tráfico (ORCSM, 2018).

1.3 DISCAPACIDAD EN LOS TRASTORNOS MENTALES

La funcionalidad y la discapacidad son las dos caras de una misma moneda y dependen de la condición de salud del individuo y de su contexto. Según la OMS, la discapacidad se define como “la interrupción de la interacción de un individuo con su entorno” (WHO, 2001) y se caracteriza dentro de la tríada de deterioro, discapacidad funcional y discapacidad de rol (Wood, 1990). Es una dificultad para funcionar a nivel corporal, personal o social en uno o más dominios de la vida, tal como lo experimenta un individuo con un problema de salud en interacción con factores contextuales, mientras que la funcionalidad incluye los aspectos positivos de la interacción entre función, actividad y participación (WHO, 2001). Cerca del 15% de la población mundial presenta alguna discapacidad (Leonardi, 2006).

A nivel mundial, los trastornos mentales representan aproximadamente una décima parte de la carga de enfermedad atribuible a las condiciones de salud. La OMS calculó que en 2020, los trastornos mentales y neurológicos serían responsables del 15% del total de años de vida de perdidos por discapacidad (AVP). Para el año 2020, la depresión se ha convertido en la segunda causa mundial de discapacidad y se espera que en 2030 sea la principal causa mundial de AVP (Ferrari, 2013). Se calcula que los trastornos mentales representan, al menos, 160 millones de años de vida saludable perdidos (AVISA) (Adegbaju, 2013).

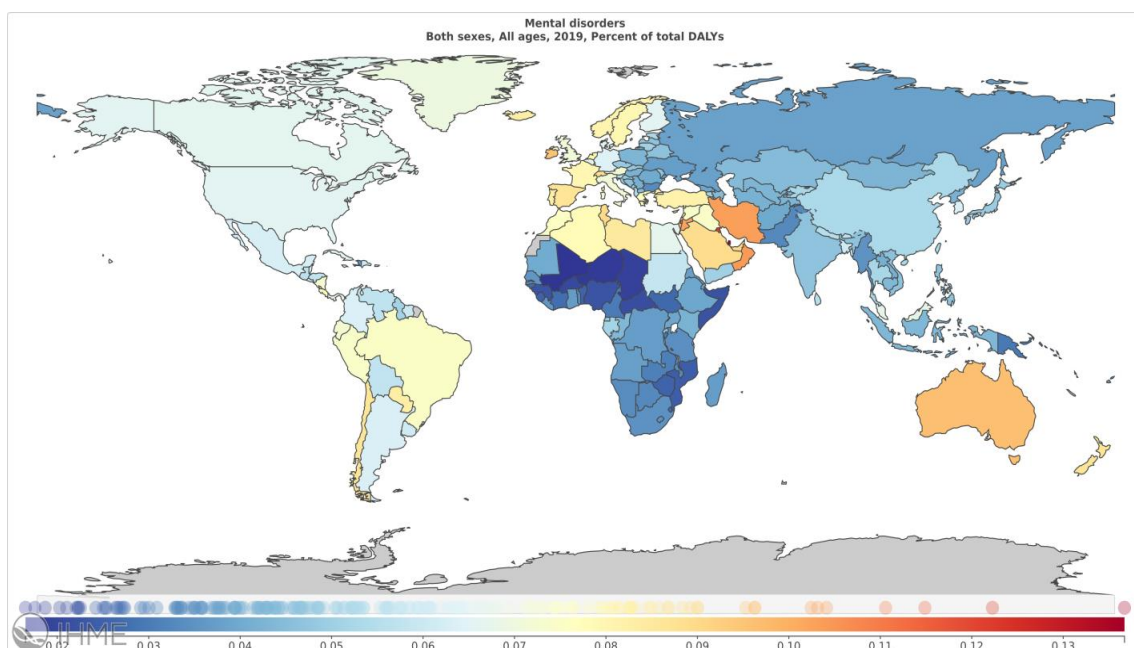
Los informes de carga mundial de las enfermedades de las encuestas GBD, encuentran repetidamente a los trastornos mentales entre las primeras causas de discapacidad mundial. Así, el informe de 2010 muestra que entre las 10 primeras causas de discapacidad mundial se encuentran la depresión, los trastornos por abuso de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar (Haro, 2010). El GBD de 2015, estimó que siete de las 25 principales causas de años vividos con discapacidad (AVD) a nivel mundial eran trastornos mentales, con el trastorno depresivo mayor en el segundo lugar y los trastornos de ansiedad en el noveno (Thomas, 2016).

Basándose en los datos recogidos por las encuestas GBD, Vigo y cols. sugiere que la carga global de enfermedad mental es 32,4% de AVD y 13% de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Además, considera que la carga global de enfermedad mental está subestimada y analiza las causas: superposición entre trastornos

psiquiátricos y neurológicos; la agrupación del suicidio y las autolesiones como una categoría separada; asociación de los síndromes de dolor crónico con trastornos musculoesqueléticos; exclusión de los trastornos de personalidad; y consideración inadecuada de la contribución de la enfermedad mental grave a la mortalidad por causas asociadas (Vigo, 2016).

Un estudio más reciente, el Programa para Mejorar la Atención en Salud Mental (PRIME) buscó implementar planes de atención en salud mental (MHCP) para cuatro trastornos mentales prioritarios (depresión, trastorno por consumo de alcohol, psicosis y epilepsia) en la atención primaria en cinco distritos: Sodo (Etiopía), Sehore (India), Chitwan (Nepal), Dr. Kenneth Kaunda (Sudáfrica) y Kamuli (Uganda). En este estudio se estima que los trastornos mentales, neurológicos y de uso de sustancias representan el 11,7% de AVAD. Dentro de estos, los trastornos depresivos representan más del 40%, con otro 10% debido a los trastornos por consumo de alcohol y el 7% a la psicosis (Baron, 2018). Los últimos datos publicados del GBD (Figura 5), recogen como los trastornos mentales, incluyendo los trastornos por uso de sustancias, suponen un 7% de AVAD y un 19% de AVD (Rehm, 2019).

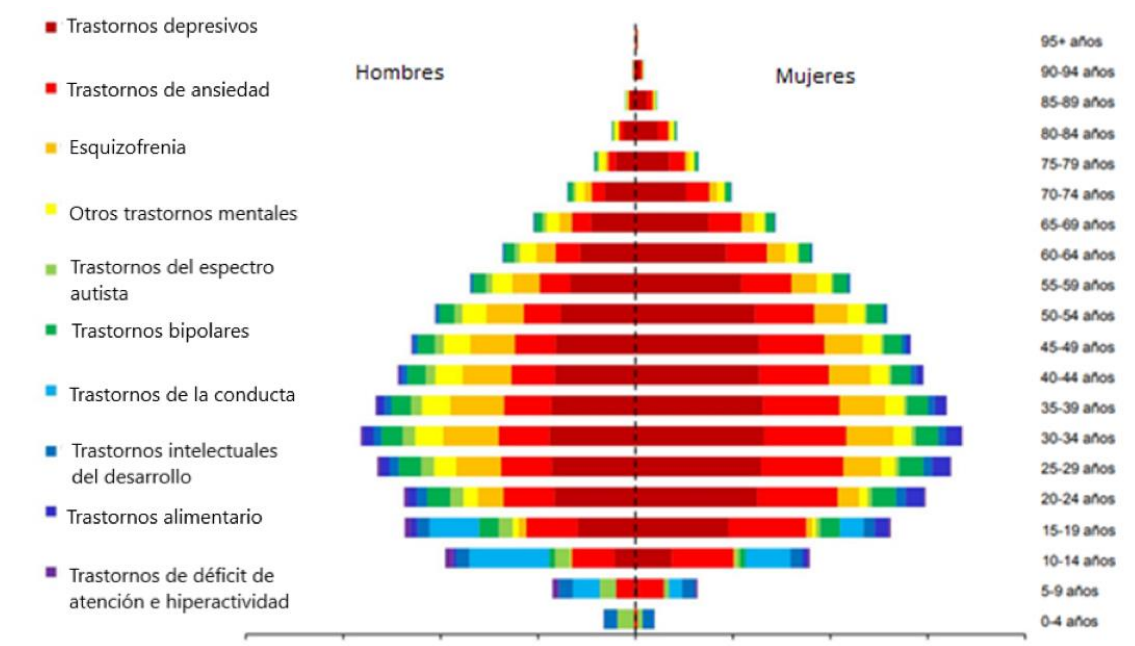
Figura 5. Prevalencia de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por trastornos mentales en 2019 a nivel mundial.



Fuente: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>

El GBD 2019 mostró que los dos trastornos mentales más discapacitantes eran los trastornos depresivos y de ansiedad, ambos clasificados entre las 25 principales causas de carga en todo el mundo ese año. El hallazgo más importante de este estudio es que no se detectó una disminución en la prevalencia global o la carga para ninguno de los dos trastornos desde 1990, a pesar de las intervenciones llevadas a cabo (GBD, 2022).

Figura 6. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) globales por trastorno mental, sexo y edad en 2019 en España



Fuente: GBD, 2022

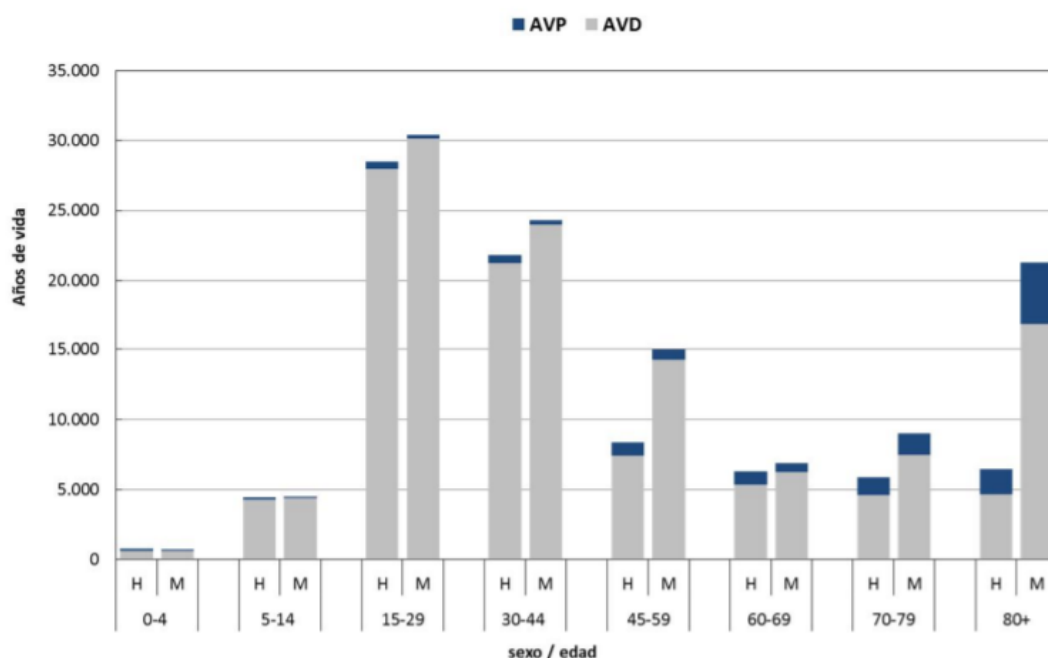
En términos de carga de enfermedad, los trastornos neuropsiquiátricos, ocupan el segundo lugar, con un 19% del total. Y en cuanto a la discapacidad, depresión, ansiedad y esquizofrenia constituyen su principal causa, con la consecuente jubilación anticipada y carga económica. Los trastornos mentales son el principal motivo de AVAD, cerca del 40 % (ENSE, 2017). Además, el hecho de que un alto porcentaje de personas con algún trastorno mental no están recibiendo tratamiento contribuye a aumentar los costes sociales y económicos de la enfermedad mental. Así, el 50% de las personas que padecen depresión no están correctamente tratadas, un 15% de pacientes con depresión no llega a iniciar el tratamiento, el 32,2% de los pacientes con

esquizofrenia no reciben el tratamiento que necesitan y esta cifra alcanza el 57% en el caso de pacientes con trastornos de la ansiedad (OECD, 2014).

En España, según los resultados de la ENSE, en 2017 el 22,8% de la población refería haber tenido una limitación para las actividades básicas de la vida diaria debido a un problema de salud, durante al menos los últimos 6 meses. Un 3,8% refería que esta discapacidad percibida fue debido a un problema de salud mental, ya fuera exclusivamente mental o a la vez física y mental (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019).

Las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen la primera causa de carga de enfermedad en la población madrileña, al igual que en el conjunto de España y, de acuerdo con las estimaciones de la OMS, en la mayoría de los países de alta esperanza de vida. En la siguiente figura (*Figura 7*) se representan los AVAD según causa de enfermedad y muerte, sexo y componentes de los AVAD (mortalidad –AVP- y discapacidad –AVD-) (ORCSM, 2018).

Figura 7. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por enfermedades neuropsiquiátricas. Comunidad de Madrid, 2015.



Fuente: ORSM, 2018

Los trastornos mentales son la causa del 10,5% de días perdidos por incapacidad laboral temporal, y cerca del 6,8% de los años de vida laboral perdidos por incapacidad permanente (Parés-Badell, 2014). El impacto en el uso de servicios y en el apoyo familiar es muy elevado en los trastornos mentales. Se estima que los costes asociados con ello suponen en el conjunto de la Unión Europea (UE) entre un 3 y un 4% del producto interior bruto (PIB) (WHO, 2015), pudiendo alcanzar el 5% del PIB en nuestro país (ORCSM, 2018). El gasto más alto (47%) asociado a los trastornos mentales se debe a costes indirectos por pérdida de productividad, asociada fundamentalmente con la incapacidad laboral según el Atlas de la Salud Mental mundial de la OMS de 2015 (WHO, 2015). En Europa, según el estudio ESEMeD, los diez trastornos con mayor impacto en los días de baja laboral fueron las enfermedades neurológicas, el trastorno de pánico, el trastorno por estrés postraumático, el episodio depresivo mayor, la distimia, la fobia específica, la fobia social, la artritis, la agorafobia y las enfermedades cardíacas (Alonso, 2004).

El gasto de los trastornos mentales y las enfermedades neurológicas en 2010 en España fue de 46.000 y 38.000 millones respectivamente, el equivalente al 8% del PIB. Esto superó el gasto público sanitario, que fue de 69.357 millones de euros (Parés-Badell, 2014). Aunque la esquizofrenia no es de los trastornos mentales con más prevalencia, se estimó que su carga económica oscilaba entre el 0,02 % y el 1,65 % del PIB (Chong, 2016). De acuerdo con los datos de este estudio, los trastornos depresivos, los de ansiedad y las somatizaciones alcanzarían el 2,2% del PIB, con un gasto total de 22.778 millones de euros. Solo el coste de la depresión en España se acerca al 1% del PIB dentro de los trastornos mentales, el coste por paciente más elevado es para los trastornos psicóticos, con un coste anual estimado de 17.576 euros (ORCSM, 2018).

Todos estos datos reflejan como los trastornos mentales contribuyen de forma muy importante a la carga global de la enfermedad, lo que se debe a la discapacidad asociada que conllevan. El grado de deterioro funcional en la depresión es similar al producido por otras enfermedades crónicas (diabetes, cáncer, infarto, ictus, etc.) y equivalente a una edad doce años mayor que la real (GBD, 2017; Soriano, 2018). Otros estudios han demostrado que más del 85% de las personas con esquizofrenia tiene una o más áreas con limitación en la funcionalidad (Chen, 2020). Por todo ello, se puede considerar, que los trastornos neuropsiquiátricos deben ser considerados como el mayor

reto en la atención sanitaria del siglo XXI. Pese a la importancia de este tema, son pocos los estudios que investigan la discapacidad de los TMC y son necesarios estudios que comparen la carga de discapacidad que suponen los TMC frente a los TMG (Alonso, 2004; Cotrena, 2016; Sjonnesen, 2016).

Haciendo análisis del momento actual, la asistencia sanitaria que reciben las personas con trastornos mentales en comparación con otras patologías de prevalencia similar como pueden ser las enfermedades oncológicas, es insuficiente. También ocurre lo mismo a nivel de investigación, dónde los trastornos mentales reciben menos recursos que otras patologías (Ledford, 2014).

1.4 CURSO DE LOS TRASTORNOS MENTALES

El impacto de la discapacidad asociada con los trastornos mentales aumenta por el inicio temprano, el curso recurrente o crónico y las numerosas necesidades no cubiertas con el tratamiento (Antunes, 2018). Esto ocurre tanto en los TMG (Jobe, 2005) como en los TMC (National Collaborating Center for Mental Health, 2011). A continuación se repasa la evolución de los trastornos mentales más relevantes.

La **esquizofrenia** se ha definido tradicionalmente como un trastorno mental grave, complejo y de curso crónico y heterogéneo. Hasta hace poco, la prioridad principal del tratamiento en esquizofrenia se ha centrado en la disminución de los síntomas clínicos (positivos, negativos y desorganizados) y las consecuencias de estos, como la recurrencia sintomática y hospitalizaciones. Este abordaje no cubre todas las necesidades de estas personas y la mejoría sintomática no siempre implica una mejoría funcional. La evidencia disponible indica que uno de cada siete pacientes con esquizofrenia puede alcanzar la recuperación funcional si dispone de un diagnóstico precoz y de un adecuado tratamiento farmacológico y psicosocial (Jaracz, 2015). Recientemente, se ha propuesto el modelo de “recuperación funcional”, el cual exige la remisión sintomática no como meta final del tratamiento, sino como base para alcanzar un mejor funcionamiento y mejor calidad de vida, asumiendo que la esquizofrenia es una condición crónica (Silva, 2017).

Según Anthony, “la recuperación es un proceso de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental” (Anthony, 1993). Por tanto, la persona puede recuperar su vida sin necesariamente recuperarse de su enfermedad. La labor del profesional de la salud mental consiste en facilitar a la persona los recursos necesarios para gestionar lo mejor posible su propia enfermedad y así mejorar la calidad de su vida (Shepherd, 2008).

La guía de tratamiento de esquizofrenia de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) determina un tiempo de respuesta al tratamiento entre 1 y 2 años para pasar de una fase aguda a una fase de estabilización, y posteriormente a una fase de

recuperación (Lehman, 2004). En el estudio longitudinal de Vermont, se incluyen más de 20 ensayos clínicos centrados en la evolución a largo plazo de la esquizofrenia. Entre el 20 y el 70% de las personas con esquizofrenia parecen tener una clara disminución de los síntomas, buena calidad de vida y funcionalidad durante largos periodos (Harding, 1987). Un metaanálisis realizado por investigadores finlandeses y australianos reportó que la tasa de recuperación anual de la esquizofrenia es del 1,4%, y aproximadamente el 14% alcanzaría la recuperación al término de 10 años (Jaaskelainen, 2013). En un estudio que empleó los criterios de remisión propuestos por Lieberman et al. e incluyó a 118 jóvenes en seguimiento durante 5 años, el 47,2% lograron la remisión sintomática, y el 25,5% tenía un funcionamiento social adecuado a los 2 años o más. Tan solo el 13,7% cumplía los criterios de recuperación sintomática y funcional a los 2 años o más. Un metaanálisis que incluyó 50 artículos encontró que el 13,5% de los pacientes con esquizofrenia alcanzaron la recuperación funcional (Lieberman, 2005).

Tabla 2. Definiciones conceptuales y criterios de recuperación en esquizofrenia.

Estudio	Variables de definición		
	Psicopatología	Funcionamiento psicosocial	Duración
Hading y cols.	Libre de síntomas positivos y negativos sin tratamiento farmacológico	Vida social independiente, tener trabajo remunerado o voluntario, GAS > 61, buen funcionamiento según The Strauss-Carpenter Levels of Functioning Scale.	No se especifica
Lieberman y cols.	BPRS \leq 4 en síntomas positivos y negativos	No depende de subsidios, trabajo o estudio medio tiempo o más, manejo independiente de medicamentos y dinero, no quiere supervisión, socializa con pares una vez por semana.	2 años
Torgalsboen y cols.	Sin hospitalizaciones psiquiátricas en 5 años	Funcionamiento psicosocial normal; GAF \geq 65	5 años
Whitehorn y cols.	PANNS \leq 4 en todas las subescalas	Vida autónoma (GAF \geq 50 y SOFS = 60)	2 años
Harrow y cols.	Ausencia de síntomas positivos y negativos, sin hospitalizaciones psiquiátricas	Trabajo remunerado a medio tiempo, adecuado funcionamiento psicosocial (trabajo remunerado de medio tiempo mínimo, actividad social adecuada)	1 año
Nasrallah y cols.	Disminución de síntomas de la enfermedad, reducción de efectos secundarios de los medicamentos	Adherencia al tratamiento, disminución del impacto de la enfermedad en el paciente, la familia y la comunidad	Largo plazo
SAMHSA	No se especifica	Proceso de cambio que permite a una persona con enfermedad mental vivir una vida significativa en una comunidad de su elección mientras se esfuerza por alcanzar su pleno potencial	No se especifica
Dicky y cols.	Un “viaje continuo”, no directo y extenuante, con retrocesos ocasionales y exacerbación de los síntomas, pero también etapas de estabilidad y bienestar	Mejoría funcional (vivir con la familia, trabajar para ella, comunicarse efectivamente con los demás y asumir responsabilidades dentro de una comunidad)	No se especifica
BPRS: Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica; GAF: Escala de Evaluación Global de Funcionamiento; GAS: Escala de Evaluación Global; PANSS: Escala de Síntomas Positivos y Negativos; SAMHSA: Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias; SOFS: Escala de Funcionamiento Social y Ocupacional.			

Fuente: Elaboración propia a partir de Lieberman, 2005

La esquizofrenia se relaciona con frecuentes recaídas, así como con una mayor mortalidad en comparación con la población general. Las recaídas y los reingresos hospitalarios están habitualmente relacionados con la mala adherencia al tratamiento, que se calcula que ocurre en la mayoría de los pacientes. Se cree que estas recaídas causan progresión de la enfermedad y más daño biológico y psicosocial. Sólo el 14-20% de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia logra una recuperación completa (Kästner, 2015).

Los tratamientos farmacológicos generalmente tienen mayor efecto sobre los síntomas positivos, además de ser efectivos para prevenir la recaída. La relativa ineficacia de la medicación antipsicótica para mejorar el funcionamiento o los síntomas negativos implica que también se requiere un enfoque de apoyo más amplio centrado en la rehabilitación. Por tanto, se debe combinar el tratamiento con medicamentos antipsicóticos e intervenciones psicosociales. Para garantizar lo anterior, se llevan a cabo medidas sociales y de rehabilitación, orientado a conseguir la reintegración de estas personas (OMS, 2013; Büchtemann, 2016).

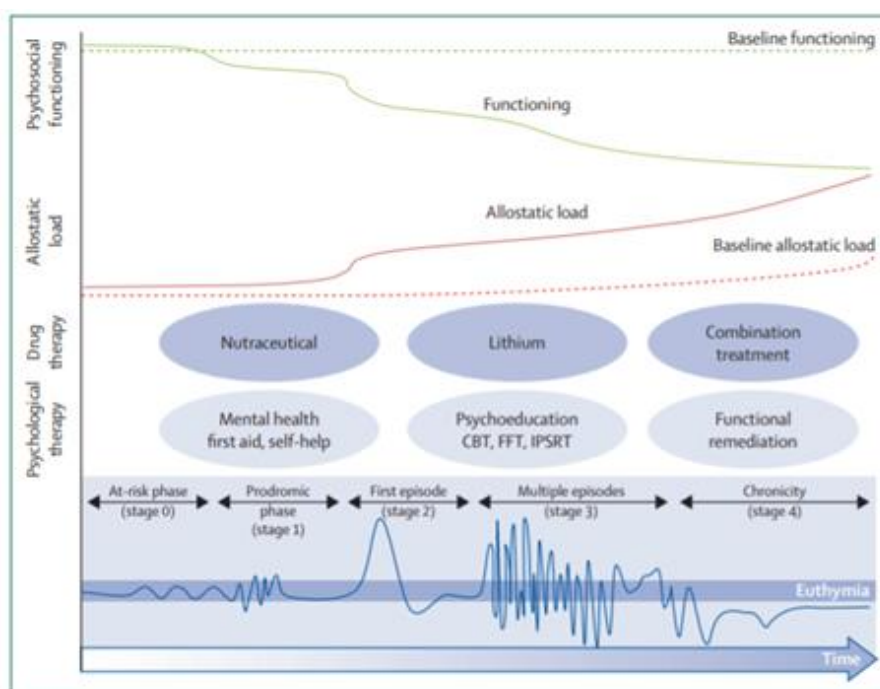
Los **trastornos bipolares (TB)** son un grupo de trastornos mentales crónicos recurrentes caracterizados por fluctuaciones en el estado de ánimo, que incluyen el trastorno bipolar I (TB-I) y el trastorno bipolar II (TB-II). El TB-I se define por la presencia de un episodio maníaco y se estima que tiene una prevalencia/vida de 0,6–1%. El TB-II se define por la presencia de un episodio hipomaníaco y un episodio depresivo mayor, y tiene una prevalencia/vida de 0,4–1,1%. Su inicio es de edad temprana, antes de los 25 años, en ambos tipos. Aproximadamente, el 50 o 60% de los adultos con TB tiene un trastorno comórbido (McIntyre, 2020). Los pacientes con una polaridad predominantemente depresiva son más propensos a realizar intentos de suicidio. Por el contrario, en aquellos con una polaridad predominantemente maníaca, es más frecuente el abuso de drogas. El retraso medio en el diagnóstico es de 5 a 10 años (Grande, 2016).

La historia natural del TB incluye períodos de remisión, pero la recurrencia es habitual, particularmente si la adherencia al tratamiento es deficiente. La tasa de recaída para las personas que se recuperan de manía del primer episodio es aproximadamente de 40-60% dentro del primer o segundo año. Un estudio informó que solo 65 de 176 adultos (37%) dados de alta del hospital después del primer episodio maníaco tuvo una

recuperación sintromica y funcional completa 18 meses después. Generalmente, las tasas de recuperación son más altas para personas con menos episodios y de más corta duración; por lo que se ha demostrado que integrar a estos pacientes en un programa de continuidad de cuidados mejora el pronóstico (McIntyre, 2020).

En un estudio de seguimiento de 15 años, los pacientes con TB-I y TB-II mantuvieron la eutimia durante aproximadamente medio año (31%), siendo la depresión el estado de ánimo más prevalente (52%). Se registraron datos más bajos para episodios mixtos, hipomanía o manía, siendo del 1,6% y el 10%, respectivamente. Los estados subsindrómicos eran tres veces más comunes que los sintromicos. Como observamos en la *Figura 8*, el TB está asociado a deterioro cognitivo, incluso en remisión, lo que puede explicar, el deterioro funcional (Grande, 2016).

Figura 8. Evolución del trastorno bipolar



Fuente: Grande, 2016.

El **trastorno depresivo mayor (TDM)** es la enfermedad mental más común y la principal causa mundial de AVD, ya que limita gravemente el funcionamiento psicosocial y disminuye la calidad de vida. En la práctica, su detección, diagnóstico y

tratamiento son un desafío, debido a sus diversas presentaciones, curso y pronóstico de difícil predicción y respuesta variable al tratamiento. La prevalencia/año del TDM es aproximadamente 6%. El riesgo de depresión a lo largo de la vida es tres veces mayor (15-18%), con casi una de cada cinco personas, experimentando un episodio en algún momento de su vida (Malhi, 2018).

El TDM es una enfermedad recurrente y en la mayoría de los casos, el curso de la enfermedad es episódico. Suele existir un estado de remisión entre episodios depresivos. Numerosos estudios han demostrado que el objetivo óptimo del tratamiento es la remisión, es decir, la desaparición de los síntomas, asociado a una recuperación de la funcionalidad al nivel premórbido (Romera, 2013). La probabilidad de la recurrencia es alta, el riesgo aumenta con cada episodio y, en general, casi el 80% de los pacientes experimentan al menos un episodio más en su vida (Kessler, 2012).

La duración de un episodio depresivo mayor es de cinco a seis meses si no se recibe tratamiento. Con tratamiento, los episodios suelen durar alrededor de 3-6 meses, y la mayoría de las personas se recuperan en 12 meses. A más largo plazo, entre 2 y 6 años, la proporción de personas que se recuperan es mucho menor, cayendo a aproximadamente el 60% a los 2 años, 40% a los 4 años y 30% a los 6 años. Durante el seguimiento de 10 años, más de las tres cuartas partes de los pacientes sufrieron un nuevo episodio depresivo. Además, alrededor del 10 al 20% de todos los casos presentan una cronificación de la enfermedad (Malhi, 2018).

A mayor edad de inicio, aumenta la probabilidad de recaídas y su prevalencia de por vida es del 16,6% (Kessler, 2012). El curso a largo plazo de la depresión se caracteriza por muy altas tasas de recaída, deterioro grave y altos costes de atención médica (Conradi, 2017).

El TDM está asociado con una alta mortalidad. Además, la mayor parte de los suicidios están relacionados con un diagnóstico de TDM (Kraus, 2019). Las tasas de suicidio alcanzan el 15% (Alcalá Partera, 2006).

Alrededor del 5 al 10% de las personas con un diagnóstico inicial de TDM presenta un episodio maníaco de seis a diez años después del primer episodio depresivo (Alcalá Partera, 2006).

La **distimia** o trastorno depresivo persistente es un trastorno poco estudiado. La

mayoría de los estudios sobre depresión se basan en pacientes con TDM; sin embargo, se considera que la distimia tiene peor pronóstico y que produce igual o mayor limitación funcional. Este término fue empleado por primera vez por James Kocsis en los años 70 (Goena, 2019). Junto con otros conceptos similares como “neurosis depresiva”, se define como un estado de depresión crónica de al menos dos años de duración, en el que hay un humor depresivo constante o recurrencias continuas. Los síntomas no cumplen los criterios diagnósticos de trastorno depresivo recurrente, porque no son lo suficientemente graves o porque los períodos de agudización no son lo suficientemente largos (Goena, 2019). Es un trastorno común con una prevalencia/vida de entre el 3 y el 6%. Se asocia con otros trastornos psiquiátricos como TDM y otros trastornos del ánimo y de ansiedad, así como el abuso de sustancias. Los mayores niveles de neuroticismo se relacionan con un peor pronóstico. En cuanto al desarrollo y curso del trastorno, es más frecuente encontrar la distimia en grupos de pacientes de mayor edad, aunque el inicio se da antes que en las depresiones mayores de manera insidiosa. Dentro de la distimia se pueden distinguir dos subtipos según el momento de inicio: temprano (antes de los 21 años) o tardío (a partir de los 21 años). Según la evolución clínica en los últimos dos años, puede indicarse si se trata de un síndrome distímico puro o una distimia con episodios de depresión mayor, que es lo que se conoce con el término “depresión doble” (Goena, 2019).

Se ha observado que la probabilidad de recuperación de los pacientes con distimia se incrementa durante los primeros 35 meses de seguimiento y luego se estabiliza. Después de 5 años, sólo la mitad de las personas se recuperaron. En una muestra de pacientes no hospitalizados se encontró que la tasa estimada de recuperación de la distimia era del 73,9%; sin embargo, la media del tiempo de recuperación fue 52 meses y se estimó un 71,4% de recaída. En ese mismo estudio, los pacientes con distimia pasaron el 70% del tiempo cumpliendo criterios para integrar un trastorno afectivo, comparado con menos del 25% del tiempo para los pacientes con un episodio depresivo mayor. Además, una proporción significativa de pacientes con trastorno distímico intentó suicidarse y tuvo más hospitalizaciones que los pacientes con episodio depresivo mayor (Jiménez-Maldonado, 2013).

Tabla 3. Evolución de los trastornos afectivos

Trastorno depresivo mayor (unipolar)	
Comienzo	El 50% antes de los 40 años
Duración	Sin tratamiento adecuado, de 6 a 13 meses Con buena respuesta a tratamiento, en torno a los 3 meses
Recurrencias	El 50% tras un único episodio El 70% tras 2 episodios El 90% tras 3 episodios
Seguimiento a largo plazo	El 50% tiene un único episodio El 20% son depresiones recurrentes El 30% son depresiones crónicas
Trastorno bipolar tipo I	
Comienzo	Edad de inicio habitual entre 20-30 años La mayoría de los pacientes comienzan con un episodio depresivo (un 75% mujeres y un 67% hombres) Entre el 10 y el 20% solo tienen episodios maniacos
Duración	Sin tratamiento el episodio maniaco persiste aproximadamente 3 meses
Recurrencias	Alrededor del 5% ninguna El 45% sufre más de un episodio El 40% tiene un trastorno crónico
Seguimiento a largo plazo	El 15% evoluciona favorablemente El 30% se encuentra en remisión parcial El 45% sufre múltiples recaídas tras remisión total El 10% presenta enfermedad crónica
Trastorno distímico	
Comienzo	El 50% antes de los 25 años
Duración	Al menos 2 años, por definición
Recurrencias	El 20% progresa a trastorno depresivo mayor El 15% progresa a trastorno bipolar tipo II Menos del 5% progresa a trastorno bipolar tipo I
Seguimiento a largo plazo	Entre el 10 y el 15% se encuentra en remisión un año después Alrededor del 25% no suele recuperarse

Fuente: Elaboración propia a partir de Alcalá Partera, 2006.

Los **trastornos de ansiedad** son trastornos frecuentes, se asocian con importante deterioro y discapacidad, y la tasa de comorbilidad es alta. Por lo general, tienen un inicio temprano en la infancia y a menudo se caracterizan por un curso progresivo y crónico o recurrente. Hay un alto grado de heterogeneidad dentro de los trastornos de ansiedad categorizados como el trastorno de pánico, la agorafobia, la fobia social y los subtipos de fobias específicas, también muestran (Beesdo-Baum, 2012). El curso natural de estos trastornos es crónico, alternando periodos de remisión y de reagudización. Con

un tratamiento adecuado a largo plazo, se consigue mantener el control sobre los síntomas y reducir las tasas de recaídas. La terapia cognitivo-conductual parece obtener mayores reducciones en las tasas de recaídas que antidepresivos solos, siendo igual de efectivo que el tratamiento combinado. Sólo entre un tercio y la mitad de las personas afectadas, presentan una forma crónica y persistente aun recibiendo tratamiento, mientras que otro tercio, mejora completamente (Navas, 2012).

Los trastornos mentales como la ansiedad y los trastornos del estado de ánimo, suelen coexistir con otros como el trastorno por consumo de alcohol o el TLP. Esto se asocia con una mayor gravedad y peor pronóstico, incluido un mayor riesgo de suicidio (McHugh, 2019).

El **TLP** se diagnostica como el único trastorno en solo el 5% de los casos (Rao, 2019). La edad de diagnóstico se sitúa entre los 19-32 años, siendo menos frecuente su diagnóstico en edades mayores, pero en estos casos, generalmente, implica mayor gravedad. El diagnóstico de TLP implica, además de la presencia a lo largo del tiempo de rasgos de personalidad patológicos y una disfunción global que causa malestar al paciente. Sin embargo, el diagnóstico de TLP no implica la existencia constante de disfuncionalidad. De hecho, la gran mayoría de pacientes permanecen en un frágil equilibrio y cualquier estresor puede provocar que entren en "crisis", apareciendo inestabilidad, intensificándose los rasgos caracteriales desadaptativos, incrementándose la disfuncionalidad global y apareciendo un gran malestar (García López, 2010).

Otro punto importante del TLP es la frecuente comorbilidad con otros trastornos del eje I o del mismo eje II. Dentro del eje I, la comorbilidad es mayor con trastornos afectivos, sobre todo, el TDM y trastornos de ansiedad, destacando el trastorno por estrés postraumático (TEPT), con una frecuencia de alrededor del 90% ambos, seguidos del trastorno por abuso de sustancias, en la mitad de los casos alcohol, y de trastornos alimentarios, con una frecuencia de 60% y 50% aproximadamente cada uno. Por otro lado, puede coexistir con otro trastorno de personalidad (TP), siendo los más comunes los del Clúster C, sobre todo, el trastorno de personalidad dependiente, en más de un 70% de los casos. Además, la mayoría de los pacientes con TLP realizan intentos de suicidio (entre 3-4 por paciente). De hecho, la conducta suicida forma parte de los criterios diagnósticos (García López, 2010; Rao, 2019).

En general, el pronóstico del paciente con TLP a corto o medio plazo está muy

asociado a la correcta realización de un tratamiento psicoterapéutico y/o psicofarmacológico y a la abstinencia de sustancias, logrando una mejora en el 50% de los casos si esto se cumple. A largo plazo, con un adecuado tratamiento se evidencia la buena evolución, disminuyendo la intensidad de la sintomatología, con una importante disminución del porcentaje de pacientes con diagnóstico de TLP que siguen cumpliendo sus criterios y un funcionamiento más adaptado. Esto explica que en los últimos años haya habido un incremento de atención especializada para los TP, especialmente para los TLP, que ha dado lugar a un aumento de los recursos (García López, 2010).

Los **trastornos alimentarios** son un grupo de enfermedades mentales complejas y que en el DSM-5 aparecen como siete categorías diagnósticas: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastornos por atracón, trastornos de la conducta alimentaria no especificada, trastorno de restricción/evitación de la alimentación, pica y rumiación. Estos trastornos presentan una importante morbimortalidad. La AN tiene una tasa de mortalidad del 5,1% y un tercio se debe al suicidio, seguido de trastornos metabólicos e infecciones. La BN tiene una tasa de mortalidad inferior al 3%, con una tasa de complicaciones similar a la estimada en la AN. Por tanto, en ocasiones el tratamiento ambulatorio no es suficiente y se requiere hospitalización para su manejo. El pronóstico mejora con un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado; además, se reducen las recaídas (Corral, 2019). Nazar y cols. reportó un 77% de probabilidad de remisión en pacientes con AN que fueron tratados precozmente (Nazar, 2017).

La AN es un trastorno mental con comorbilidad sustancial, curso crónico y la mayor mortalidad de entre todos los trastornos mentales. Según importantes estudios poblacionales, la prevalencia de la AN en las mujeres varía de 1,2 a 2,2% y la de AN atípica del 2,4 al 4,3%. Los estudios demuestran que solo aproximadamente el 50% de los casos de AN se diagnostican y solo 1 de cada 3 de los diagnosticados recibe atención especializada. La AN representa un desafío para los profesionales de la salud mental, ya que quienes padecen AN a menudo niegan estar afectados, ocultan sus síntomas y signos, o evitan el tratamiento (Jagielska, 2017).

A pesar de los avances en psiquiatría, el pronóstico de la AN aún es incierto. Se piensa que, en promedio, menos de la mitad se recupera, un tercio tiene un curso variado, y el 20% sigue padeciendo una enfermedad crónica (Löwe, 2001). Un estudio de 84 personas tras 21 años de ser hospitalizadas por AN mostró que el 51% se había

recuperado, mientras que el 10% aún cumplía criterios de diagnóstico completos para AN y el 16% no sufrió las complicaciones de la AN. Aunque este estudio tuvo un tamaño muestral pequeño, mostró que las tasas de remisión de un año eran muy similares para la AN atípica (71%) en comparación con la de AN (75%). De 14 pacientes con AN atípica, ninguno progresó a AN, aunque un paciente desarrolló un trastorno de purga (2%) (Löwe, 2001). Como se ha señalado anteriormente, la AN tiene la tasa de mortalidad más alta entre los trastornos psiquiátricos, secundaria a complicaciones médicas subyacentes o suicidio, con una tasa de 0,56% por año (Stice, 2013). Cabe señalar, que casi todos los estudios de seguimiento realizados a lo largo de los años en pacientes con AN ha incluido en su mayoría a adultos (Moskowitz, 2017).

Tras el repaso de los principales trastorno mentales, concluimos que la medida de eficacia en la atención a personas con trastornos mentales crónicos, está cambiando de la evaluación de la remisión de los síntomas, para incluir la recuperación de la funcionalidad. Muchos estudios se han concentrado en identificar indicadores de buen y mal pronóstico en el curso. Según estos, los hombres tienen más probabilidad de presentar una evolución crónica. Asimismo, las variables relacionadas con una mayor prevalencia de trastornos mentales fueron: estar separado o divorciado, ser inmigrante, vivir en malas condiciones socioeconómicas, no tener apoyo social, estar desempleado o en baja laboral, padecer otras enfermedades crónicas, y estar limitado para realizar actividades de la vida diaria. Por tanto, un mejor conocimiento del curso de los trastornos mentales puede contribuir a unas expectativas más realistas del ritmo de mejoría sintomática, así como a la creación de tratamientos terapéuticos más adaptados a las necesidades de los pacientes (Alcalá Partera, 2006).

1.5 CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Todo lo expuesto previamente pone de manifiesto la relevancia del funcionamiento y la discapacidad en el diagnóstico psiquiátrico y en la evaluación en salud mental (Ustün, 2009).

Evaluar sistemáticamente el grado de discapacidad de las personas atendidas en los dispositivos de salud mental permitiría a los clínicos medir el impacto del trastorno para una persona de manera individualizada, decidir el tipo de atención y evaluar la efectividad del tratamiento y/o de la intervención. Además, la calidad de vida y el funcionamiento individual son tan importantes que muchos autores han recomendado su evaluación como medida de eficacia del tratamiento y seguimiento del proceso de recuperación (Luciano, 2010). Sin embargo, la discapacidad debida a enfermedad mental, a diferencia de la debida a enfermedad física, ha recibido poca atención en el ámbito sociosanitario y no es habitual la evaluación sistemática de la funcionalidad de las personas en seguimiento en salud mental en el contexto clínico.

Para incorporar todos estos aspectos en el proceso de evaluación de la funcionalidad, la OMS desarrolló un modelo biopsicosocial llamado Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF) (ICF, 2000) con el objetivo de establecer un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados “relacionados con la salud”. Estos dominios se describen desde la perspectiva corporal, individual y mediante dos listados básicos: Funciones y Estructuras Corporales y Actividades y Participación. La CIF también enumera factores ambientales que interactúan con todos estos “constructos”, de forma independiente al diagnóstico médico (WHO, 2000; Ustün, 2010). Se reemplazan los conceptos como “deficiencia”, “discapacidad” y “minusvalía”, para que se puedan describir experiencias positivas con el concepto de funcionamiento. La versión completa de CIF, realiza una clasificación en cuatro niveles, mientras que la versión abreviada realiza una clasificación en dos niveles. Los estados de salud se clasifican principalmente en la CIE-10, mientras que el funcionamiento y la discapacidad asociados con las condiciones de salud se clasifican en la CIF; por lo tanto, son complementarias y se recomienda usarlas conjuntamente (WHO, 2001b)

Es un sistema de clasificación integrador y neutral, multidimensional e interactivo y rechaza una relación causal lineal entre condiciones de salud y funcionamiento. Destaca su aplicabilidad universal entre culturas y a lo largo de todo el ciclo vital. La CIF tiene un amplio rango de aplicaciones, por ejemplo, en la seguridad social, en la evaluación de la atención médica y en estudios de población de ámbito local, nacional e internacional. También es relevante para el estudio de los sistemas de atención a la salud, tanto para la creación como para la evaluación de políticas (WHO, 2001b).

Sin embargo, tiene una escasa implementación en la práctica clínica, lo que puede deberse a la exigencia de formación, escaso tiempo para poder emplearla, sobre todo, debido a la exhaustividad y extensión de esta (WHO, 2017).

Dada la complejidad del sistema CIF para usarlo en la práctica diaria, la OMS desarrolló el Programa de evaluación de la discapacidad 2.0 (Disability Assessment Scales, WHODAS 2.0) (WHO, 2000). WHODAS 2.0 facilita una métrica común del impacto de cualquier condición de salud en términos de funcionamiento y está traducido a más de 30 idiomas (Federici, 2017). Al ser una medida genérica, el instrumento no se enfoca en una enfermedad específica, por lo que puede usarse para comparar la discapacidad debida a diferentes enfermedades. WHODAS 2.0 también hace posible diseñar y monitorizar el impacto de la salud y las intervenciones relacionadas con la salud (Carlozzi, 2015; Yoo, 2018; Zhou, 2020). El instrumento ha demostrado ser útil para evaluar el nivel de discapacidad en la población general y en grupos específicos, tanto con enfermedad físicas como con enfermedades mentales. Además, facilita el diseño de intervenciones sanitarias y el seguimiento de su impacto (Koopmans, 2020). Está avalado por numerosos estudios como una medida útil del deterioro funcional en los trastornos psiquiátricos (Konecky, 2014).

Hasta el DSM-5 el nivel de funcionamiento se evaluaba con la Escala de Evaluación Global de Funcionamiento (Global Assessment of Functioning, GAF). La GAF es un instrumento heteroaplicado que se incluye en las clasificaciones de trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana para completar el eje 5 de diagnóstico multiaxial y fue diseñado para que evalúe el nivel general de actividad de un paciente en base a una puntuación única de 0 a 100 con respecto a los síntomas, a las actividades y a las relaciones sociales. A mayor puntuación, mejor nivel de actividad.

Sólo se debe cumplimentar en relación a la actividad psicosocial, social y laboral. No deben incluirse alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas o ambientales. Está dividida en 10 niveles de 10 puntos cada uno. Esta escala ha sido criticada porque mezcla la sintomatología con la discapacidad (Endicott, 1976).

Actualmente, el DSM-5 recomienda el reemplazo de la GAF por WHODAS 2.0, para aumentar la confiabilidad de las puntuaciones de discapacidad. Ya que con el DSM-5 desaparece el conocido eje multiaxial donde el Eje 5 era especialmente relevante por dos razones. Por un lado, al evaluar el nivel de funcionamiento a través de la GAF se obtenía una cuantificación de la discapacidad independientemente del diagnóstico. Y, por otro lado, el Eje 5 era el único componente dimensional del DSM-IV, el cual permitía hacer una valoración no categorial del trastorno. Sin embargo, la falta de claridad conceptual de la GAF hace que se haya propuesto su sustitución por la WHODAS 2.0 (APA, 2013). WHODAS 2.0 fue diseñado explícitamente para excluir ítems sobre patología para evitar síntomas de confusión y funcionamiento, que es un problema central con GAF como vemos en la *Tabla 4* (Koopmans, 2020).

Tabla 4. Evaluación multiaxial comparativa.

Ejes	DSM-IV-TR	CIE-10	DSM-5 (no axial)
Eje 1	Trastornos clínicos	Trastornos somáticos Trastornos psiquiátricos Trastornos personalidad (incluye eje 1 ,2 y 3 de DSM-IV)	El diagnóstico principal se cita en primer lugar, y el resto por orden de necesidad de atención y tratamiento
Eje 2	Trastornos de la personalidad, Retraso mental, Mecanismo de defensa, Rasgos desadaptativos de personalidad	Eje discapacitación (similar al eje 5)	Trastornos psiquiátricos Trastornos de la personalidad Retraso mental Trastornos orgánicos
Eje 3	Enfermedades médicas	Factores ambientales y del estilo de vida (similar al eje 4)	Factores contextuales y psicosociales (Códigos Z de la CIE-10)
Eje 4	Problemas psicosociales y ambientales	No tiene	Se sustituye por la (WHODAS 2.0)
Eje 5	GAF (0-100)	No tiene	

Fuente: Koopmans, 2020.

WHODAS 2.0 (WHO, 2000) mide el funcionamiento promedio en situaciones cotidianas en los 30 días previos a la entrevista y examina seis dominios de funcionamiento: (1) cognición (comprensión y comunicación), (2) movilidad (capacidad para moverse y desplazarse), (3) cuidado personal (relacionado con la higiene, vestirse y comer) (4) relaciones (interacción con otras personas), (5) actividades de la vida (capacidad para atender las responsabilidades diarias) y (6) participación en la sociedad. La forma más extendida y evaluada de WHODAS 2.0 es la versión de entrevista estructurada de 36 ítems, que tarda aproximadamente 20 minutos en completarse. La versión breve en formato de autoevaluación contiene 12 ítems, y se rellena aproximadamente en 5 minutos. Las propiedades psicométricas de WHODAS 2.0 son excelentes, su consistencia interna alta, su buena fiabilidad test-retest alta y la validez concurrente en comparación con otros instrumentos de medición de discapacidad reconocidos (Gspandl, 2018). La confiabilidad test-retest tuvo un coeficiente de correlación intraclass de 0,69-0,89 a nivel de la pregunta; de 0,93-0,96 a nivel del dominio; y de 0,98 a nivel general. La consistencia interna a nivel del dominio y a nivel general, sobre la base de las respuestas obtenidas en la primera entrevista fue estudiada utilizando correlaciones ítem-total y el Alfa de Cronbach. En general, estos valores oscilaron entre “aceptable” y “muy bueno”. Los niveles del Alfa de Cronbach fueron, en general, muy altos. Entre 0,94 y 0,96 para los dominios y 0,98 para la puntuación general (Üstün, 2010).

Estos hallazgos se han replicado en diferentes países y en una amplia gama de muestras de pacientes y población general. Por lo tanto, WHODAS 2.0 se puede utilizar para evaluar a pacientes individuales, así como para explorar diferencias entre grupos.

En una revisión sistemática de estudios donde se utilizó la escala WHODAS 2.0, se identificaron 810 estudios de 94 países publicados entre 1999 y 2015. WHODAS 2.0 ha sido utilizado en 27 áreas de investigación, siendo más frecuente el uso en psiquiatría ($n = 328$, 40%), geriatría ($n = 121$, 14,9%), neurología ($n = 74$, 9%) discapacidad y rehabilitación ($n = 71$, 9%), ciencias de la salud ($n = 45$, 6%), y epidemiología ($n = 29$, 4%). En conjunto, los estudios de investigación involucraron a miles de participantes en todo el mundo en formas de estudio transversales o longitudinales, en cohortes de encuestas internacionales (por ejemplo, ESEMeD); Estudio de la OMS sobre envejecimiento global y adultos salud (SAGE); Grupo de investigación de la demencia

o encuestas nacionales (por ejemplo, el Estudio de los Países Bajos sobre la depresión y Ansiedad (NESDA)) (Federici, 2017).

Una característica única de WHODAS 2.0, que lo distingue de otras medidas de discapacidad, es su vínculo directo a la CIF. Aunque otros instrumentos genéricos para evaluar el estado de salud también pueden asignarse a CIF, no distinguen claramente entre medición de síntomas, discapacidad y valoración subjetiva. WHODAS 2.0 es único porque cubre los dominios CIF completamente y se aplica a todas las enfermedades, incluidas trastornos físicos, mentales y por uso de sustancias. También evalúa la discapacidad de una manera culturalmente sensible a través de una escala de calificación estándar (Gold, 2014). Pese a sus ventajas, WHODAS 2.0 tiene ciertas limitaciones a tener en cuenta como que no es aplicable en niños y jóvenes y no valora las deficiencias corporales y los factores ambientales (Ustün, 2010). Aunque otros instrumentos genéricos para evaluar el estado de salud también pueden asignarse a CIF, no distinguen claramente entre medición de síntomas, discapacidad y valoración subjetiva.

A pesar del impacto conocido de la discapacidad en trastornos mentales, hasta hace poco no se ha empezado a estudiar (Luciano, 2010). Las revisiones bibliográficas señalan que la aplicación efectiva de la CIF en España es limitada, referida sobre todo en distintos contextos clínicos y de rehabilitación como trabajos de enfermería y terapia ocupacional, donde ha demostrado mayor utilidad y constituye una referencia como herramienta (Comín, 2011). Un ejemplo claro es la evaluación del grado de dependencia que tiene como referente fundamental la CIF; sin embargo, esta evaluación se hace a través del baremo de valoración de los grados y niveles de dependencia (BVD) y no hace discriminación del tipo de dependencia cuando se evalúan a personas con trastornos mentales.

En conclusión, junto con los indicadores tradicionales del estado de salud de una población, como las tasas de mortalidad y morbilidad, la discapacidad es una medida clave para determinar la carga de morbilidad, evaluar la eficacia de las intervenciones sanitarias y planificar la política sanitaria. Debido al gran volumen de trastornos mentales, a la tendencia a la cronicidad, a la discapacidad asociada y, por tanto, a la carga de enfermedad que suponen, la evaluación de los resultados de discapacidad de las intervenciones de salud mental ha sido seleccionada como una de las 25 principales

prioridades de investigación para el campo de salud mental global (Thomas, 2016).

1.6 ESTRATEGIAS EN SALUD MENTAL

A pesar de que la salud mental ha estado incluida en la política sanitaria de la Comunidad europea desde 1997, todavía no existe una estrategia global. Dentro de la Unión Europea existe una diversidad entre los países en cuanto a la situación, tradiciones y culturas. Muestra de ello son las tasas de suicidios, que va de 3,6 por cada cien mil habitantes en Grecia, a 44 en Lituania, la más alta del mundo; el número de ingresos involuntarios en centros psiquiátricos, que es cuarenta veces superior en Finlandia que en Portugal; o el porcentaje de gasto en salud mental del total del gasto sanitario, es por encima del 13% en Luxemburgo y sólo del 2% en Eslovaquia. En la Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre salud mental, celebrada en Helsinki en 2005, se destacó la necesidad de aplicar en los Estados miembros de la Unión europea un plan de acción en el ámbito de la salud mental, encaminado a mejorar el bienestar y el funcionamiento de las personas afectadas (Kovess, 2004). En respuesta a esta iniciativa, la Comisión Europea elabora en octubre de 2005 un Libro Verde sobre la salud mental, en el que se propone establecer una estrategia de la UE en materia de salud mental (Comisión de la Comunidades Europeas, 2005).

En 2008, la Comisión Europea lanzó su Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar, centrándose en cinco áreas prioritarias: salud mental en la juventud y educación, prevención de la depresión y el suicidio, salud mental en las personas mayores, promoción de la inclusión social y lucha contra el estigma, y promover la salud mental en los lugares de trabajo. La Acción conjunta se puso en marcha en 2013. En 2010, la Oficina Regional de la OMS para Europa y la Comisión Europea completaron un proyecto para el empoderamiento de las personas con problemas de salud mental y sus familias (WHO, 2015a).

A nivel mundial, el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020 tiene por finalidad fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos mentales, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las personas con trastornos mentales (WHO, 2013).

El gran cambio en la atención psiquiátrica en España se gestó en el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985, que fundamentó la Ley

General de Sanidad de 1986 (Ley 14/1986, 25 de Abril) y el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Dichas publicaciones produjeron la transformación de la asistencia psiquiátrica en un modelo integrador y desinstitucionalizador. En 2007, se publicó la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, para conseguir una mejor atención desde un paradigma biopsicosocial, que combinara la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el diagnóstico y el tratamiento de pacientes, la coordinación interinstitucional e intrainstitucional, y medidas de inserción laboral y social. Esta estrategia detalló los principios que regían la atención comunitaria (autonomía, continuidad, accesibilidad, comprensividad, equidad, recuperación personal, responsabilización y calidad), estableció el plan de asistencia y definió a los centros de Salud Mental como los coordinadores de la interacción con atención primaria, servicios sociales, instituciones educativas y sistema judicial, para establecer un abordaje integral e integrado a la salud mental de la población (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

El modelo de atención moderna propone que los sistemas de salud mental deben incluir tanto la atención comunitaria como la hospitalaria para proporcionar una atención continua con el objetivo de permitir a las personas vivir integradas en la comunidad y vivir de la manera más autónoma posible (OMS, 2013; Büchtemann, 2016). Este es uno de los cinco grandes desafíos prioritarios para la salud mental (Asher, 2017).

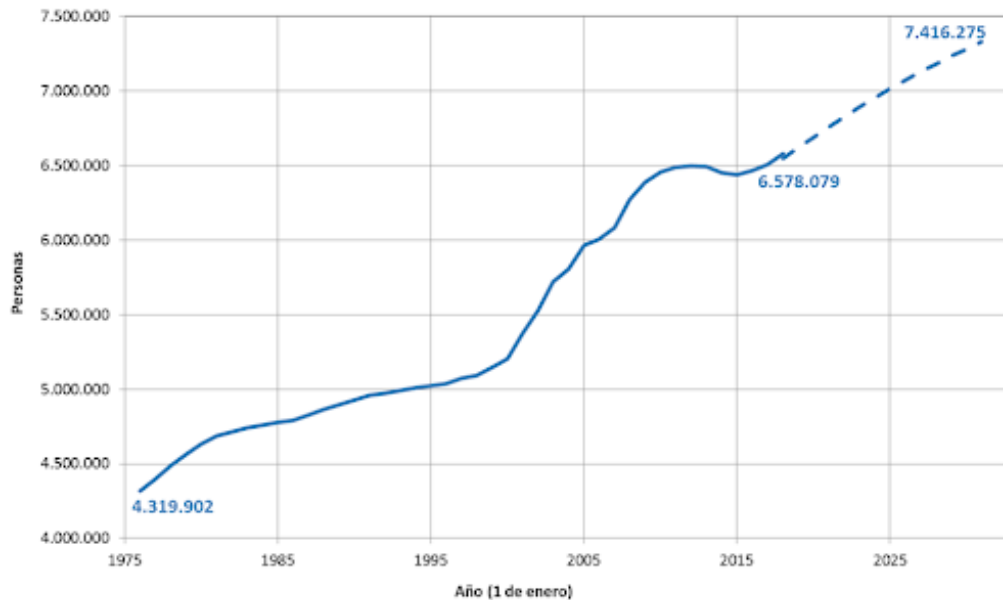
En la actualidad, se promueve la asistencia comunitaria, centrándose en la recuperación de las personas con trastornos mentales. Establece como marco de referencia los principios recogidos por Thornicroft y Tansella (2005, 2013, 2014), los principios de la recuperación (Shepherd, 2008), así como los contemplados en el Plan de Acción Global de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud 2013-2020 (WHO, 2013), la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011) o el IV Plan Andaluz de Salud (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013).

Este modelo comunitario en la Comunidad de Madrid, integra recursos de la Red de Salud Mental y recursos de la Red pública de Atención Social a personas con discapacidad derivada de enfermedad mental grave y duradera con el fin de lograr la rehabilitación y la reinserción de los pacientes que padecen una enfermedad mental

grave. Entre sus principios fundamentales se encuentra el rechazo a la estigmatización y la humanización de la asistencia sanitaria a las personas con enfermedad mental (ORCSM, 2018).

En la Comunidad de Madrid, en los últimos años se ha producido un aumento de la población, junto con una creciente demanda de atención por problemas de salud mental (*Figura 9*).

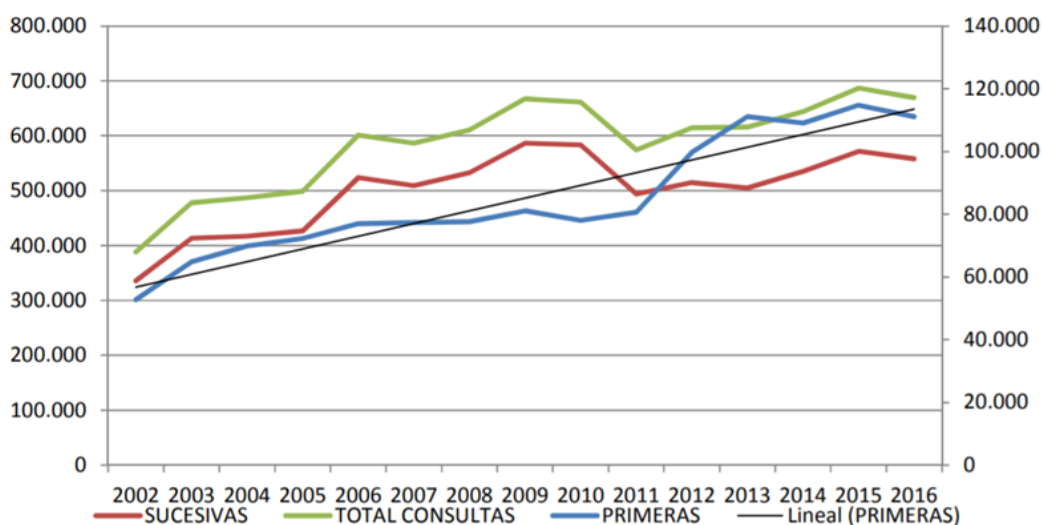
Figura 9. Número de personas atendidas por problemas de salud mental en los últimos años en Comunidad de Madrid.



Fuente: <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/EstadoPoblacionDinamica.aspx>

En la *Figura 10* se aprecia una tendencia mantenida de incremento de nuevas consultas desde el año 2002, que se hace más visible a partir de 2013.

Figura 10. Actividad de consultas ambulatorias en el periodo 2002-2016.



Fuente: <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/EstadoPoblacionDinamica.aspx>

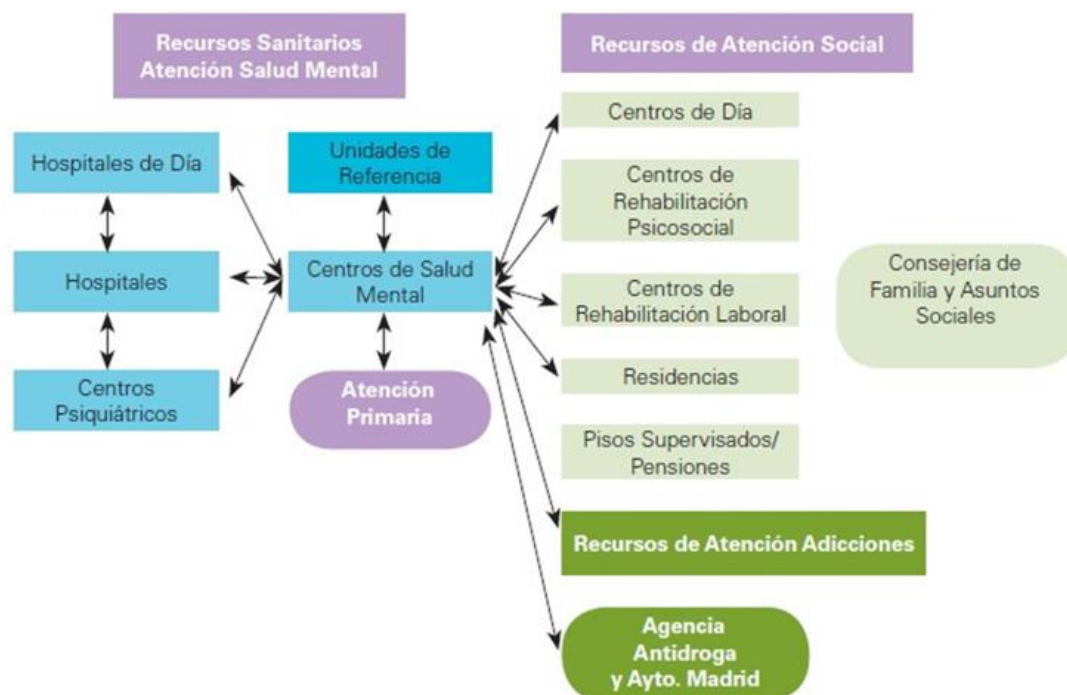
Además, se ha producido un aumento de la complejidad de las patologías de las personas atendidas en los Servicios de Salud Mental, con un importante aumento de personas con TMG. Según datos de diciembre de 2016 se están atendiendo a 15.592 personas con TMG en los programas específicos de la Red de Salud Mental (14.237 mayores de 18 años y 1.355 menores de 18 años.), triplicando los datos de 2007 (ORCSM, 2018).

El Plan de Salud Mental 2018-2020 del Servicio Madrileño de Salud, bajo el marco del Plan de Acción sobre Salud Mental de la OMS 2013-2020 y en consonancia con el Plan de Acción Europeo en Salud Mental de la Oficina Regional Europea de la OMS de 2013, se planteó la reorganización de los recursos para garantizar la accesibilidad y la intervención precoz, y proporcionar una atención integral y multidisciplinar, integrada y flexible, satisfactoria para el usuario y respetuosa con sus derechos (ORCSM, 2018).

Según la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de sanidad, política social e igualdad, 2011) la asistencia que se le puede brindar a la persona con TMG dentro de la Red de Salud Mental debe incluir recursos variados. El aumento de los recursos sociosanitarios hace necesaria una adecuada coordinación entre

los diferentes recursos, esto se articula mediante el Programa de Continuidad de Cuidados (PCC), establecido en los Centros de Salud Mental (López Gómez, 2006). El PCC se organiza como un proceso asistencial multiprofesional y longitudinal para personas que presentan discapacidad en relación con el trastorno mental y que requieren una atención multidisciplinar continuada y/o el uso simultáneo o sucesivo de varios recursos de la red. Con este programa se pretende prestar las herramientas necesarias para lograr la recuperación del trastorno a través de un seguimiento del tratamiento y de rehabilitación psicosocial, reducir sus síntomas y discapacidad y alcanzar la máxima autonomía personal y participación social. A continuación se muestra, de forma esquemática, la red de atención de Salud Mental de la Comunidad de Madrid (Figura 11).

Figura 11. Red de atención de Salud Mental de la Comunidad de Madrid



Fuente: Plan Estratégico de Salud Mental 2018-202

La base sobre la que se sustenta la atención en Salud Mental es el Centro de Salud Mental (CSM), lugar donde se encuentran los profesionales responsables de cada

paciente y desde donde se realiza la derivación y coordinación con los diferentes recursos. En estos casos complejos se precisa de un profesional de referencia, que es el coordinador de cuidados. El Coordinador de Cuidados es el responsable de definir y coordinar el Plan de Atención Individualizado. Sus funciones se corresponden con las competencias inherentes a los profesionales de Enfermería. Así lo describe la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003, 21 Noviembre): “Corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”.

La nueva Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2021-2026 que entrará en vigencia este 2022 plantea la mejora de la atención a la salud mental de niños y adolescentes con la creación de nuevos hospitales de día infanto-juveniles. También se ampliarán las camas de media y larga estancia para TMG. Además, se reforzarán los programas especiales de diagnóstico complejo y atención de trastornos de espectro autista y se crearán dispositivos específicos para el trastorno de personalidad y el trastorno de conducta alimentaria. La prevención del suicidio y el reconocimiento del papel de los profesionales son otros de los retos que quiere conseguir el nuevo plan (Ministerio de sanidad, 2021).

Clásicamente, la esquizofrenia se ha considerado como el trastorno mental más grave e incapacitante y los trastornos de personalidad, con una tendencia al aumento en los últimos años, empiezan a representar una carga importante para el sistema de salud. Es de destacar la representación de los TMC en la carga global de enfermedad. Sin embargo, a pesar del impacto de los TMC en materia de discapacidad, no hay tantas referencias ni tantos recursos sobre la atención a TMC en la Red de Salud Mental, estando la mayor parte de los recursos de la red destinados al TMG.

Además, la percepción personal de la calidad de vida en las personas que sufren TMC como la depresión y la ansiedad tiende a ser muy baja. Sin embargo, la percepción de la mala calidad de vida en TMG es menor y esto puede deberse a la eficacia de la atención de los servicios sanitarios y del apoyo sociosanitario que estos pacientes tienen en la Red de Salud Mental. Pese a que los TMG se asocian a una alta discapacidad, e incluso para algunos autores es la discapacidad lo que define a este grupo de trastornos, la discapacidad y el impacto de los TMC sobre la funcionalidad y la carga global de

enfermedad que representan no es desdeñable, sin embargo son pocos los trabajos que han comparado el impacto en la funcionalidad en ambos grupos (Alonso, 2004; Cotrena, 2016; Sjonnesen, 2016).

1.7 ENFERMERIA ESPECIALISTA DE SALUD MENTAL

A lo largo de su historia, la enfermería de Salud Mental ha ido modificando sus funciones en respuesta a las circunstancias cambiantes, sobre todo, con la reforma de la psiquiatría y el establecimiento del modelo comunitario. El papel de la enfermera de Salud Mental es heterogéneo entre países, pero en general, su labor cubre una amplia gama de funciones para respaldar la seguridad y el bienestar de los pacientes (Peplau, 1994). Existe una variedad de intervenciones de enfermería en salud mental que tienen como objetivo mejorar el bienestar de la persona (Butcher, 2018). Además, el plan de cuidados de enfermería suele incluir estrategias para mejorar la funcionalidad (Schultz, 2013).

Desde la introducción de la Especialidad de Enfermería en Salud Pública, en los primeros años del siglo XX hasta el presente, las especialidades de enfermería pueden identificarse como una tendencia creciente en todo el mundo. Las organizaciones internacionales reconocen que para las profesiones de la salud es crucial el desarrollo de sus especialidades, ya que es la vía por medio de la cual profundizan y amplían conocimientos, habilidades y actitudes para una práctica profesional más cualificada” (Ovalle, 2006).

En los países de la UE, las especialidades de enfermería están bastante implantadas, aunque con diferencias en cuanto a aspectos formales y de contenidos. La oferta varía de unos países a otros, siendo el Reino Unido el país con mayor número de especialidades, mientras que en otros países como Francia y Letonia no existe actualmente la especialidad de Salud Mental (Ovalle, 2006).

La historia de la enfermería de Salud Mental como especialidad en España se remonta a 1932, con la aparición en una Orden Ministerial de las cualificaciones profesionales, siendo una de ellas la de Practicante Psiquiátrico (Siles, 1996). Posteriormente, en los años cincuenta, aparece el título de Especialista en Psiquiatría para los Ayudantes Técnicos Sanitarios, otorgado por el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica. En 1970, se publica el Decreto que crea la especialidad de Psiquiatría, obteniéndose el diploma de Ayudante Técnico Sanitario Psiquiátrico (Ministerio de Educación y Ciencia, 1970). Uno de los avances del citado Decreto, además de regular la formación teórico-práctica, es que refleja la limitación del ejercicio

de la profesión en el campo de la psiquiatría a aquellos profesionales de enfermería que estuviesen en posesión del Diploma que les acreditase como tales especialistas. En 1987, se aprueba el Decreto que regula la obtención del título actual de Enfermero Especialista (BOE núm. 183, 1 agosto 1987), si bien su desarrollo, limitándose a las especialidades de enfermería Obstétrico-Ginecológica y Salud Mental no se produjo hasta 11 años más tarde a través de la Orden de 24 de junio de 1998 (Ministerio de la Presidencia, 1998). Curiosamente, el contenido de dicho Decreto elude pronunciarse sobre la necesidad de disponer de la especialidad para trabajar en salud mental, tal y como se establecía en el Decreto de 1970.

Actualmente en España, la enfermera especialista en Salud Mental, como gestora de los cuidados del paciente deberá participar en las coordinaciones y comisiones relacionadas con los cuidados de las personas con trastornos mentales (Caminero, 2012). La coordinación que realiza la enfermera en el CSM, puede ser con diferentes dispositivos que hemos mostrado en la *Figura 11*.

Otras funciones propias de la enfermera de Salud Mental son:

- Intervenciones en crisis.
- Psicoeducación, tanto individual como grupal
- Relajación, tanto individual como grupal
- Apoyo a pacientes y/o familias, tanto individual como grupal
- Atención domiciliaria.

En nuestra práctica clínica diaria los profesionales de enfermería de Salud Mental nos encontramos con muchas dificultades que tienen las personas con trastorno mental que también forman parte de nuestra labor y exige una formación específica. Hablamos de dificultades como cumplir con las citas de seguimiento o el tratamiento pautado. Tienden a sobrevalorar los efectos secundarios de la medicación, lo que dificulta la adherencia al tratamiento y justifica los abandonos. Por lo general, hay falta de conocimientos sobre su enfermedad, dificultades para identificar síntomas prodromicos y así pedir ayuda. Suelen tener hábitos poco saludables: consumo de tabaco, alcohol y/u otros tóxicos. Habitualmente presentan problemas nutricionales por exceso o por defecto y/o desajustes en el patrón del sueño. En ocasiones sufren apatía que dificulta el llevar a cabo actividades físicas saludables o de ocupación de su higiene

personal y vestuario adecuado, tareas domésticas, actividades ocupacionales, etc. Es también frecuente la afectación de la sexualidad, escasas habilidades sociales, pocos recursos para afrontar situaciones estresantes de la vida, o simplemente, incapacidad para llevar a cabo conductas preventivas, lo que les hace más vulnerables a problemas de salud. Además, las familias suelen ser el cuidador principal y también necesitan intervenciones para el manejo de la enfermedad.

Se ha estudiado que una mejor comprensión de la naturaleza de la enfermedad y el papel de la medicación, tanto por parte de los cuidadores como de la persona con trastorno mental, puede conducir a una mejor adherencia a la medicación. Esto, a su vez, puede mejorar los síntomas y, por lo tanto, disminuir las tasas de recaída y menos hospitalizaciones, mejorando así su funcionalidad y calidad de vida. Esta son funciones llevadas a cabo por la enfermera especialista en Salud Mental en el seguimiento de estas personas. Teniendo en cuenta todo esto, el tipo de atención que preste la enfermera de Salud Mental, influirá de forma importante en la evolución y el pronóstico en la calidad de vida de las personas con trastornos mentales (Colomer, 2003). El papel de la enfermera contribuye a mantener un adecuado sistema de cuidados, mediante la elaboración de un plan individualizado y la asignación de un gestor del caso, que además facilita la coordinación entre todos los dispositivos de la Red de Salud Mental. Este aspecto es imprescindible para poder adecuar la atención integral y la continuidad de cuidados de estas personas.

La enfermera de Salud Mental tiene como competencias la dirección, evaluación y prestación de cuidados orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la prevención de enfermedades y discapacidades en el área de la salud mental (Caminero, 2012).

La funcionalidad y la discapacidad están englobadas en el concepto de salud y por tanto, se debe evaluar dentro de la valoración enfermera con el fin de direccionar la actuación de enfermería hacia la prevención y el mantenimiento de la funcionalidad. Así, las personas con una enfermedad y una discapacidad asociada, se ven beneficiadas no sólo por intervenciones dirigidas a disminuir sus síntomas, sino también por aquellas diseñadas para prevenir y/o disminuir el deterioro funcional. Esto permitirá diseñar intervenciones completamente integrales y orientadas a la calidad de vida de los

pacientes y sus familias, como aquellas dirigidas a la rehabilitación.

Los enfermeros especialistas en Salud Mental de los CSM ocupan un lugar estratégico en la red de salud mental para lograr todo esto. Pese a esto, no existen estudios de la discapacidad de las personas con problemas de salud mental desde la perspectiva de la práctica real de la enfermera.

JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

JUSTIFICACIÓN

Los trastornos mentales tienden a la cronicidad y, por tanto, requieren un seguimiento con intervenciones dirigidas a reducir la discapacidad asociada y así, mejorar su calidad de vida. En los últimos años, ha habido un creciente desarrollo de recursos dirigidos a TMG; sin embargo, los datos epidemiológicos nos muestran un alto porcentaje de prevalencia de TMC y un alto impacto sobre la carga de enfermedad.

A pesar del impacto de los TMC en materia de discapacidad, no hay tantas referencias ni tantos recursos sobre la atención a TMC en la Red de Salud Mental. Además, hasta ahora, pocos estudios han comparado el grado de discapacidad entre TMG y TMC.

Por otro lado, se ha marcado la importancia de la evaluación de la discapacidad en personas con problemas de salud mental como herramienta imprescindible para un tratamiento más adecuado y efectivo en estas personas; sin embargo, los instrumentos diseñados para esto no se usan de manera sistemática en la práctica clínica. Tampoco se ha analizado la labor de la enfermera de Salud Mental como figura clave para llevar a cabo esta tarea. Por último, hasta el momento no se ha estudiado la discapacidad en personas con trastornos mentales en un entorno real desde la consulta de la enfermera especialista en Salud Mental en su práctica clínica habitual en el CSM.

Todo lo expuesto previamente promueve la reflexión sobre la necesidad de profundizar más en estos datos, para valorar intervenciones y los recursos más adecuados a las necesidades de ambos, TMC y TMG.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de esta Tesis Doctoral ha sido estudiar la discapacidad, medida mediante la escala WHODAS 2.0, en los pacientes atendidos a lo largo de un año en la consulta de la enfermera especialista en Salud Mental en el CSM del Hospital Infanta Elena de Valdemoro (Madrid). El protocolo de este estudio es el primero de los trabajos que conforman esta tesis doctoral (Artículo 1) y los otros dos artículos proporcionan los resultados específicos transversales (Artículo 2) y longitudinales (Artículo 3).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Artículo 2: Comparación de la discapacidad entre trastornos mentales graves y comunes usando la escala WHODAS 2.0 (Comparison of disability between severe and common mental disorders using the WHODAS 2.0 scale)
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.08.004>

- Evaluar a todos los pacientes atendidos en la consulta de la enfermera especialista en Salud Mental en el CSM del Hospital Infanta Elena de Valdemoro (Madrid) y describir su grado de discapacidad, medido de forma global y en cada uno de los dominios de funcionamiento incluidos en la escala WHODAS 2.0.
- Comparar la discapacidad en pacientes con trastorno mental grave y trastorno mental común, ajustando por otras posibles variables de confusión.

Artículo 3: Un estudio de seguimiento de un año sobre la discapacidad en la práctica de enfermería de Salud Mental (A one-year follow up study on disability in mental health nursing practice) <https://doi.org/10.1177/10547738211073721>

- Describir los cambios en las puntuaciones de WHODAS 2.0 en pacientes tratados en la consulta de la enfermera especialista en Salud Mental en el CSM del Hospital Infanta Elena de Valdemoro (Madrid) durante un año de seguimiento y comparar la evolución entre trastornos mentales graves y trastornos mentales comunes.
- Comparar las características basales de los participantes que completaron el seguimiento al año con la enfermera de Salud Mental y los que no lo hicieron.

HIPÓTESIS

- Las personas con trastornos mentales tienen un alto grado de discapacidad y por tanto, las que acuden a esta consulta también lo tendrán (*Artículo 2*).
- Las personas con TMG presentarán peor puntuación en la escala de discapacidad WHODAS 2.0 que las personas con TMC (*Artículo 2*).
- El nivel de discapacidad de la muestra completa mejorará a lo largo del año de seguimiento en la consulta de enfermería (*Artículo 3*).
- Las personas con TMC percibirán mayor mejora que las que padecen TMG (*Artículo 3*).
- El perfil de pacientes que no cumplen el seguimiento al año, tendrán más frecuentemente un diagnóstico de TMC (*Artículo 3*).

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Se trata de un estudio descriptivo longitudinal no experimental con diseño pre/post que se llevó a cabo entre diciembre de 2017 y mayo de 2019 en condiciones reales de la consulta de enfermería.

El estudio se realizó en pacientes con trastornos mentales, tanto graves como comunes, diagnosticados según los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) (WHO, 1992), en seguimiento por la enfermera especialista en Salud Mental en el CSM del Hospital Infanta Elena de Valdemoro (Madrid), previamente derivados por parte de psiquiatras o psicólogos del propio centro.

El CSM consta de tres consultas de psiquiatría de adultos, dos de psicología de adultos, una de psiquiatría infantil, una de psicología infanto-juvenil, una consulta de enfermería de Salud Mental y una de trabajo social. Para este estudio no se tendrán en cuenta las consultas de psiquiatría y psicología infantil.

El Hospital Universitario Infanta Elena fue inaugurado en noviembre de 2007. Es un centro sanitario integrado en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid, ubicado en Valdemoro, que ofrece una asistencia a más de 110.000 ciudadanos de Valdemoro, Ciempozuelos, Titulcia y San Martín de la Vega, así como a otros ciudadanos de otras áreas de salud, por libre elección. El servicio de Psiquiatría de este hospital está integrado en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz de Madrid.

MUESTRA

El estudio se realizó en pacientes en seguimiento ambulatorio con psiquiatría y/o psicología clínica del centro que fueron derivados a enfermería de Salud Mental, según el criterio clínico habitual, con cualquier diagnóstico (tanto trastornos mentales graves como comunes), diagnosticado según los criterios CIE 10 (WHO, 1992).

Los criterios de inclusión fueron:

(a) Adultos (18-65 años)

(b) Consentimiento informado por escrito proporcionado por el participante para participar.

Los criterios de exclusión fueron:

(1) Trastornos cognitivos codificados como F00-F09, según el CIE-10 (WHO, 1992).

(2) Paciente en momento de descompensación clínica que afecte su capacidad de colaboración o que implique riesgo suicida, según la evaluación del psiquiatra/psicólogo clínico tratante.

(3) Analfabetismo o falta de fluidez en el idioma español.

Se realizó un muestreo consecutivo entre los pacientes citados en la agenda de la enfermera en el periodo de diciembre de 2017 a mayo 2018, y se les ofreció participar a todos ellos.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Plataforma digital MEmind

Todos los cuestionarios empleados en este estudio se han administrado en una versión electrónica, integrada en la herramienta web multiplataforma MEmind (Barrigón, 2017). MEmind es una herramienta web utilizada en el Departamento de Psiquiatría de la FJD desde mayo de 2014 como parte de la actividad clínica estándar. Esta aplicación web está disponible a través de la página web www.memind.net y en formato app para Smartphones™ o Tablets™, tanto para Android como para iOS. MEmind tiene dos interfaces, una para los clínicos, a modo de registro clínico electrónico y otra para los pacientes, con potencialidad para realizar evaluaciones frecuentes o “Evaluaciones Momentáneas Ecológicas” (EMA) (Shiffman, 2008).

La interfaz del clínico está diseñada para recoger los datos habituales de una evaluación de salud mental incluyendo información sociodemográfica (sexo, fecha de nacimiento, país de nacimiento, convivencia, estado civil y situación laboral), diagnóstica (codificados según la CIE-10), terapéutica (tratamiento psiquiátrico y no psiquiátrico) y anotaciones de la enfermera (constantes vitales y medidas antropométricas) (Sedano-Capdevila, 2018). A estos datos básicos, se les puede agregar una serie de cuestionarios personalizables en función del paciente concreto. Para este estudio, se añadió la WHODAS 2.0 (WHO, 2000).

La interfaz básica del paciente en su versión consta de tres apartados: 1) ¿Cómo estás hoy? 2) Cuestionario de salud general y 3) Notas. Su contenido es personalizable igual que la interfaz del clínico, pudiéndose programar las evaluaciones con la frecuencia deseada. Los pacientes fueron informados de que esta sección no podía usarse para una comunicación directa con el clínico, y que en caso de emergencia o empeoramiento significativo de sus síntomas, debía acudir a su centro de atención médica de inmediato.

Para este estudio sólo se empleó información de la interfaz del clínico.

Cuestionarios empleados

Para la evaluación de la funcionalidad se utilizó la escala WHODAS 2.0, elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Ustün, 2010; Vázquez-Barquero, 2006). La enfermera fue capacitada en su uso en diciembre de 2016, junto al resto de personal clínico del departamento de psiquiatría en una reunión formativa. Esta escala mide la dificultad que ha tenido la persona para realizar actividades de la vida diaria durante un período de 30 días. Consiste en 36 preguntas de tipo Likert, divididas en seis dominios:

- Cognición –comprensión y comunicación (D1; seis ítems)
- Movilidad–movilidad y desplazamiento (D2; cinco ítems)
- Cuidado personal–cuidado de la propia higiene, posibilidad de vestirse, comer, y quedarse solo (D3; cuatro ítems)
- Relaciones–interacción con otras personas (D4; cinco ítems)
- Actividades cotidianas–responsabilidades domésticas, tiempo libre, trabajo y escuela (D5; ocho ítems)
- Participación–participación en actividades comunitarias y en la sociedad (D6; ocho ítems)

La puntuación final varía de 0-100, puntuaciones más altas indican una mayor gravedad de la discapacidad. Además, hay que tener en cuenta que para pacientes sin actividad laboral las puntuaciones de los dominios correspondientes al trabajo no se añaden a la puntuación final, proporcionándose por tanto dos puntuaciones globales.

La versión en español de WHODAS 2.0 ha sido validada en una muestra de 147 sujetos con cuatro subgrupos (población general, enfermos físicos, enfermos mentales y población con abuso de sustancias). Una prueba de consistencia interna para los diferentes dominios en los diferentes subgrupos muestrales reveló un α de Cronbach por encima de 70 y en ningún caso por debajo de 55. En cuanto a la confiabilidad, se encontraron buenos índices de correlación, que van desde 62 para los dominios “Comprensión y comunicación”, “Relaciones interpersonales”, y “Participación social” en personas con enfermedad mental, a valores superiores a 80 para la mayoría de dominios en personas con trastornos por uso de sustancias (Vázquez-Barquero, 2006).

Los datos de WHODAS 2.0 se recogieron en el momento del primer contacto con la enfermera y al año de seguimiento.

Además se recogieron las siguientes variables:

1) Datos sociodemográficos: sexo, edad, país de nacimiento, estado civil, convivencia y ocupación.

2) Diagnóstico clínico según el sistema de clasificación CIE 10, registrado por el psiquiatra/ psicólogo clínico tratante en la historia clínica.

Todos los cuestionarios pueden verse en los Anexos (pág. 167).

PROCEDIMIENTO

En la primera visita, se realizaba una presentación y explicación de la dinámica de las consultas de enfermería, así como del estudio que se llevaría a cabo y se entregaban la hoja de información, el consentimiento informado; y se recogían los datos sociodemográficos y administraba la escala WHODAS 2.0.

A lo largo del año de seguimiento, los participantes en este estudio fueron atendidos por la misma enfermera y recibieron la intervención enfermera habitual, sin ninguna interferencia por participar en esta investigación, adecuándose a las necesidades propias de su estado clínico. La enfermera empleó las estrategias y el número de sesiones apropiadas a cada paciente (Caminero, 2012), acorde a las funciones habituales, que son las siguientes:

- Valoración y realización de Proceso de Atención de Enfermería (PAE).
- Seguimiento y control de pacientes con TMG, atendiendo a los siguientes aspectos:
 - Detección de efectos secundarios de la medicación
 - Prevención y detección precoz de descompensaciones
 - Conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento
 - Administración de medicación depot

- Controles analíticos:

-Clozapina:

Una vez iniciado el tratamiento se hará la petición de hemograma semanal durante las 18 primeras semanas. Si no hay ninguna alteración se hará el control mensual.

Si el recuento leucocitario es inferior a 3500 ó el recuento de neutrófilos es inferior a 2000-1500 mm³, habrá que comunicarlo al psiquiatra inmediatamente.

Una vez al año se realizará petición de bioquímica y función hepática y E.C.G.

-Ácido Valproico y Litio:

Antes de instaurar el tratamiento farmacológico se pedirá: hemograma completo,

pruebas de función hepática y renal.

Una vez instaurado el tratamiento se hará el hemograma cada semana, luego cada 15 días, al mes y a los 3 meses.

En las pruebas de función hepática se harán los controles al mes y luego cada tres meses, el primer semestre; posteriormente, cada semestre. Si las transaminasas se duplican informar al médico.

Con respecto a la función renal, los controles se harán cada 6 meses.

- Seguimiento y control de pacientes con TCA:
 - Si índice de masa corporal (IMC) < 16 es motivo de ingreso involuntario y se cita cada 3 días.
 - Si IMC < 17 se cita cada semana
 - Si IMC < 18 según el criterio de la enfermera
- Seguimiento, control y manejo de pacientes con ansiedad o depresión con sesiones de relajación individual o grupal.
- Control y administración de medicación oral en algunos casos.
 - Vigilar las posibles alteraciones conductuales o fisiológicas de los pacientes
 - Explicar la importancia de no abandonar el tratamiento como consecuencia de los efectos secundarios sin consultar previamente con la enfermera o el médico.
 - Explicar la importancia de no consumir sustancias tóxicas mientras se está en tratamiento con psicofármacos
 - Informar de que algunos fármacos necesitan ser controlados periódicamente
 - Preguntar de forma rutinaria sobre posibles efectos
 - Explicar la necesidad de tomar el fármaco, cómo actúa, tomarlos correctamente, la aparición de efectos secundarios, cómo evitarlos o minimizarlos, cuando acudir a la enfermera o al médico en caso necesario.
- En todas las consultas de enfermería se realizan toma de constantes vitales (Tensión arterial (TA) y Frecuencia cardíaca (FC)) y peso del paciente.
- Además a todos los pacientes, se les realiza una analítica completa de control y un electrocardiograma (ECG) con periodicidad anual.
- Educación para la Salud y Psicoeducación como pautas de higiene del sueño, alimentación saludable, ejercicio, estructuración de rutinas diarias, técnicas de

relajación, detección de efectos secundarios de la medicación; así como, prevención y detección precoz de descompensaciones.

Cada paciente es atendido con la frecuencia que precise y para este estudio en concreto, fue evaluado en dos momentos a lo largo del seguimiento: basal, y un año.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los análisis de datos se realizaron utilizando el paquete estadístico SPSS 23.

Se realizó un primer análisis descriptivo de todas las variables recogidas para conocer las características sociodemográficas, clínicas y el nivel de discapacidad de la muestra. Para describir las variables cualitativas se utilizó el número de casos y porcentajes y para las variables cuantitativas se utilizó la media y la desviación típica o mediana y rango intercuartílico, según siguieran o no una distribución normal. La distribución normal de los datos se comprobó mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Para el Artículo 2 (análisis transversal de la muestra en el momento inicial), se dividió la muestra en dos grupos según el grupo diagnóstico (TMG versus TMC) y se compararon las variables sociodemográficas y las puntuaciones en discapacidad (global y por dominios) según grupo, empleando los test Chi-cuadrado o t de Student según procediese. Por último (no mostrado en el artículo) se realizó un análisis multivariante para estudiar la influencia del diagnóstico y variables sociodemográficas en las diferencias en discapacidad para aquellos dominios en los que se hallaron diferencias entre los TMG y los TMC.

Para el Artículo 3 (análisis longitudinal de la muestra), comparamos la evolución en las puntuaciones de la WHODAS 2.0 (total y por dominios) a lo largo del año de seguimiento en el total de la muestra y según diagnóstico (TMG versus TMC) por medio del test t de Student para muestras apareadas. Además comparamos las características de aquellos pacientes que abandonaron el seguimiento frente a los que continuaban atendiendo las consultas de enfermería al año, mediante los test Chi cuadrado para variables cualitativas y con el test t de Student para las cuantitativas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se realizó de acuerdo con la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013) y ha sido aprobado por el comité de ética para la investigación clínica (CEIC) del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (ver Informe en Anexo 6). Todos los participantes firmaron un consentimiento informado tras recibir las explicaciones apropiadas sobre el estudio por el profesional que les evalúe (ver Hoja de Información del Paciente en Anexo 5).

Con respecto a la protección de datos, el acceso a la interfaz de usuario en línea se limita a los profesionales participantes (MEmind Study Group). La identificación del usuario fue asegurada por un nombre de usuario y contraseña. Los datos se almacenan en un servidor seguro y son encriptados con Secure Socket Layer / Transport Layer Security (SSL / TLS) entre el ordenador del investigador y el servidor. Solo el investigador principal tiene acceso al servidor. MEmind usa claves encriptadas al crear volúmenes cifrados y cualquier instantánea creada a partir de los volúmenes cifrados. Cada volumen está cifrado con una clave única con códigos de 256 bit; todas las instantáneas de este volumen y los volúmenes posteriores creados a partir de esas instantáneas también compartieron esa clave. Estas claves están protegidas por una infraestructura de administración de claves, que implementó fuertes controles de seguridad físicos y lógicos para evitar el acceso no autorizado. Los datos y las claves asociadas están cifradas mediante el algoritmo AES-256 estándar de la industria. Además, un auditor externo garantiza que estos niveles de seguridad cumplen los máximos requerimientos de la ley de protección de datos (Barrigón, 2017).

RESULTADOS

La muestra se incluyó a 133 pacientes (43 hombres y 90 mujeres). De estos, 52 (39,1%) fueron diagnosticados de TMG y 81 (60,9%) de TMC. Consideramos que TMG abarca la esquizofrenia y todos los demás tipos de psicosis, trastornos bipolares y trastornos límite de la personalidad, y mientras que todos los demás diagnósticos se agruparon bajo la categoría TMC. Los detalles de las características iniciales de la muestra total se muestran en la *Tabla 5*.

Tabla 5. Características sociodemográficas

Variable	N	%	Media ± de
Sexo			
• Masculino	43	32,3	
• Femenino	90	67,7	
Edad			43,48± 13.86
País de nacimiento			
• España	118	88,7	
• Marruecos	4	3,0	
• Polonia	2	1,5	
• Rumanía	2	1,5	
• Argentina	1	0,8	
• Colombia	1	0,8	
• Cuba	1	0,8	
• Dominicana, República	1	0,8	
• Ecuador	1	0,8	
• Perú	1	0,8	
• Uruguay	1	0,8	
Estado civil			
• Casado / Convivencia durante más de 6 meses	68	51,1	
• Soltero	44	33,1	
• Separado/Divorciado	17	12,8	
• Viudo	4	3,0	
Convivencia			
• Con familia propia	38	28,6	
• Con familia de origen	33	24,8	
• Con otros familiares	18	13,5	
• Solos	13	9,8	
• Otras situaciones	31	23,3	
Ocupación			
• Activo / amo de casa / estudiante	70	52,6	
• Desempleado y sin beneficio	13	9,8	
• Desempleado con beneficio	10	7,5	
• Incapacidad permanente	20	19,5	
• Incapacidad temporal	11	8,3	
• Jubilado	1	2,3	
Diagnóstico			
• T de ansiedad	36	27,1	
• T adaptativo	34	25,6	
• Esquizofrenia	16	12,0	
• Trastorno bipolar	11	8,3	
• TP	9	6,8	
• T psicótico	7	5,3	
• T esquizoafectivo	6	4,5	
• Distimia	4	3,0	
• TOC	2	2,3	
• T esquizofreniforme	2	1,5	
• Abuso de alcohol	1	0,8	
• T control de impulsos	1	0,8	
• T ideas delirantes	1	0,8	
• TCA	1	0,8	
• TDAH	1	0,8	
Diagnóstico agrupado			
• Trastorno mental común (TMC)	81	60,9	
• Trastorno mental grave (TMG)	52	39,1	
Total	133	100	

RESULTADOS PRINCIPALES DEL ARTICULO 2

Nos encontramos con una muestra bastante funcional con puntuaciones para WHODAS 2.0 que no reflejaron una discapacidad alta, pues sus valores están cerca de 30-40. En la *Tabla 6* podemos ver la comparación de las puntuaciones de la escala WHODAS 2.0 en pacientes con TMG y TMC. Destaca la ausencia de diferencias significativas en la puntuación total entre ambos grupos ($31,13 \pm 16,64$ en TMG y $35,77 \pm 17,15$ en TMC; $p= 0,12$).

Tabla 6. Puntuaciones de la muestra total y comparación entre TMG y TMC para el cuestionario WHODAS 2.0 y sus dominios.

	Total (n=133)	TMG (n=52)	TMC (n=81)	Estadístico	gl	P
Género femenino, n (%)	90 (67,7)	25 (27,8)	65 (72,2)	$\chi^2= 14,98$	1	0,00
Edad (media \pm de)	43,48 \pm 13,86	44,67 \pm 14,75	42,72 \pm 13,31	t = 0,78	100,74	0,44
Laboralmente activo, n (%)	70 (52,6)	12 (17,1)	58 (82,9)	$\chi^2= 29,92$	1	0,00
Convivencia, n (%)	120 (90,2)	43 (35,8)	77 (64,2)	$\chi^2=5,49$	1	0,02
Pareja, n (%)	68 (51,1)	13 (19,1)	55 (80,9)	$\chi^2=23,33$	1	0,00
WHODAS 2.0 (media \pm de)						
1. Cognición	37,97 \pm 21,86	38,75 \pm 25,49	37,47 \pm 19,32	t = 0,31	87,92	0,76
2. Movilidad	28,20 \pm 26,11	27,52 \pm 26,93	28,63 \pm 25,73	t = -0,22	105,26	0,82
3. Cuidado personal	16,77 \pm 19,56	16,54 \pm 16,20	16,91 \pm 21,54	t = -0,11	127,66	0,91
4. Relaciones	29,82 \pm 25,21	28,04 \pm 25,14	30,97 \pm 25,35	t = -0,65	109,57	0,52
5.1. Actividades cotidianas	41,50 \pm 30,64	41,15 \pm 33,23	41,73 \pm 29,06	t = -0,10	98,26	0,92
5.2. Trabajo	29,22 \pm 38,10	17,17 \pm 32,17	36,95 \pm 39,75	t = -3,01	131,00	0,00
6. Participación	43,30 \pm 19,75	38,78 \pm 20,12	46,19 \pm 19,07	t = -2,12	104,63	0,04
Total (sin trabajo)	34,68 \pm 17,41	33,26 \pm 18,23	35,59 \pm 16,92	t = -0,74	102,94	0,46
Total (con trabajo)	33,96 \pm 17,04	31,13 \pm 16,64	35,77 \pm 17,15	t = -1,55	111,30	0,12

Como podemos observar en la tabla anterior, los dominios más afectados para la muestra total son las “Actividades cotidianas” y la “Participación en la sociedad”, con puntuaciones de $41,50 \pm 30,64$ y $43,30 \pm 19,75$; respectivamente; seguido de la

“Comunicación y comprensión” ($37,97 \pm 21,86$). Para las personas con TMG los dominios más afectados son “Actividades cotidianas” y la “Participación en la sociedad”, con puntuaciones de $41,15 \pm 33,23$ y $38,78 \pm 20,12$; respectivamente. Y por último, para la muestra con TMC las puntuaciones más altas se dieron también en esos dominios, siendo de $41,73 \pm 29,06$ y $46,19 \pm 19,07$. Como podemos ver, las puntuaciones fueron ligeramente más altas en las personas con TMC. Las puntuaciones de los dominios que fueron significativamente más altos en TMC con respecto a TMG, fueron el “Trabajo” ($36,95 \pm 39,75$ en TMC frente a $17,17 \pm 32,17$ en TMG; $p=0,00$) y “Participación en la sociedad” ($46,19 \pm 19,07$ en TMC frente a $38,78 \pm 20,12$ en TMG; $p=0,04$). Sin embargo, los dominios con menos dificultades fueron, en el caso de las personas con TMG, el del “Cuidado personal” ($16,54 \pm 16,20$) y el del “Trabajo” ($17,17 \pm 32,17$) y en el caso de aquellos con TMC, el de la “Movilidad” ($28,63 \pm 25,73$) y el del “Cuidado personal” ($16,91 \pm 21,54$).

Para los dominios en los que encontramos diferencias en los dos grupos (“Trabajo” y “Participación en la sociedad”) realizamos un análisis multivariante para determinar la influencia del resto de variables además del grupo diagnóstico (TMG vs TMC) en estas diferencias y, según observamos en la *Tabla 7*, para el dominio “Trabajo”, influyeron de forma significativa, el hecho de estar activo laboralmente y tener pareja. En el dominio “Participación en la sociedad”, todas las variables tenidas en cuenta perdieron su significación (*Tabla 8*).

Tabla 7. Análisis multivariante para el dominio “Trabajo”

Variables	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.	CI 95%	
	B	Error estándar	Beta			Límite inferior	Límite superior
Diagnóstico	19,82	7,82	0,26	2,53	0,01	4,34	35,29
Ocupación	16,75	7,33	0,22	2,28	0,02	2,24	31,26
Sexo	0,77	7,31	0,01	0,11	0,92	-13,69	15,24
Pareja	15,44	7,20	-0,20	-2,15	0,03	-29,69	-1,20
Convivencia: Solo	14,46	11,30	0,11	1,28	0,20	-7,90	36,82

Tabla 8. Análisis multivariante para el dominio "Participación en la sociedad"

Variables	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	T	Sig.	CI 95%	
	B	Error estándar	Beta			Límite inferior	Límite superior
Diagnóstico	6,73	4,30	0,17	1,57	0,12	-1,77	15,23
Ocupación	-0,37	4,03	-0,01	-0,09	0,93	-8,34	7,60
Sexo	2,77	4,01	0,66	0,70	0,49	-5,17	10,71
Pareja	1,43	3,95	0,36	0,36	0,72	-6,39	9,25
Convivencia: Solo	5,23	6,20	0,08	0,84	0,40	-7,05	17,50

RESULTADOS PRINCIPALES DEL ARTICULO 3

A lo largo de este año de seguimiento, de los 133 participantes iniciales, 75 (56,4%) lo completaron. Entre los 58 pacientes que no fueron evaluados al año por abandonar el seguimiento, cinco tenían un diagnóstico de TMG y 53 de TMC. Dentro de los TMG, los motivos de no seguimiento fueron por traslado de zona o ciudad (3) o derivación a otro recurso de la red de salud mental (1) y tan solo un paciente (0,05%) abandonó el seguimiento. Entre los pacientes diagnosticados con un TMC, 35 fueron dados de alta por parte del servicio de psiquiatría antes de cumplir el año de seguimiento, 13 abandonaron el seguimiento en todas las consultas, incluidas psiquiatría y psicología, cuatro abandonaron las consultas de enfermería continuando con el resto y uno se derivó a otro recurso. Esto representa una tasa de abandonos en sentido estricto del 13,5%.

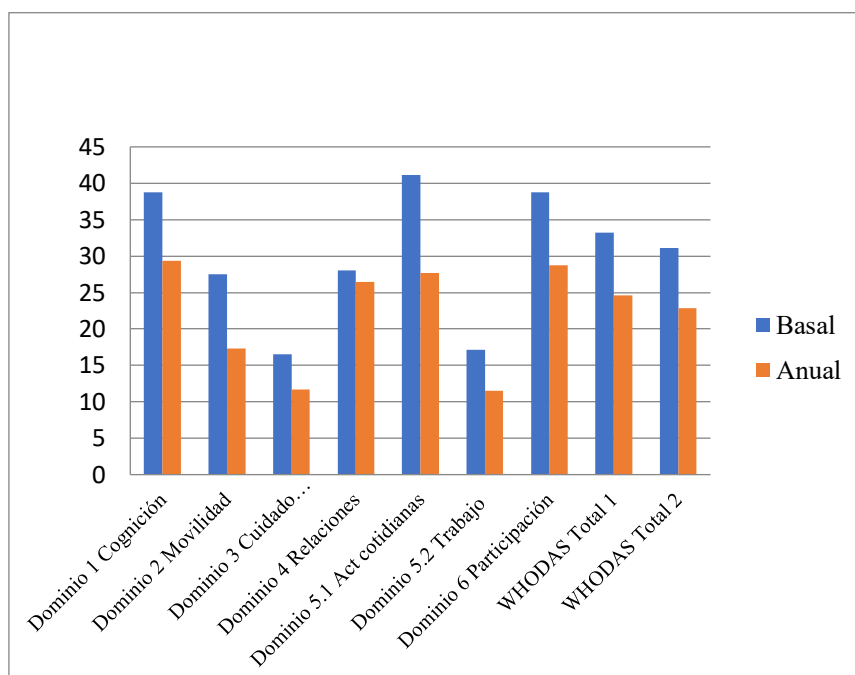
Entre ambos grupos, no hubo diferencias significativas en las puntuaciones para WHODAS 2.0. Sin embargo, sí que hubo diferencias en edad y en situación laboral, así como en el diagnóstico. Los que abandonaron el seguimiento fueron personas más jóvenes ($40 \pm 14,53$ frente a $46,17 \pm 12,79$ años), activos laboralmente (72,4% frente a un 27,6%) y diagnosticados de TMC (86,2% frente a un 13,8%), más frecuentemente (*Tabla 9*).

Tabla 9. Puntuaciones de la muestra total y comparación entre participantes que han completado el seguimiento y perdidos para el cuestionario WHODAS 2.0 y sus dominios.

	Completados (n=75)	Perdidos (n=58)	Estadísticos	I	p-valor
Edad (media±de)	46,17 ± 12,79	40,00 ± 14,53	t = -2,56	114,16	0,012
Género femenino, n (%)	47 (62,7)	43 (74,1)	$\chi^2= 1,97$	1	0,16
Diagnóstico TMC, n (%)	31 (38,3)	50 (61,7)	$\chi^2=27,66$	1	0,00
Laboralmente activo, n (%)	28 (40)	42 (60)	$\chi^2= 16,15$	1	0,00
Vive solo, n (%)	12 (92,3)	1(7,7)	$\chi^2=7,56$	1	0,006
Pareja , n (%)	30 (44,1)	38 (55,9)	$\chi^2=8,52$	1	0,004
Dominio 1 Cognición (media±de)	38,27± 23,10	37,59 ± 20,33	t = -0,18	128,76	0,86
Dominio 2 Movilidad (media±de)	30,83 ± 28,44	24,78 ± 22,52	t = -1,37	130,92	0,17
Dominio 3 Cuidado personal (media±de)	17,47 ± 18,75	15,86 ± 20,69	t = -0,46	116,26	0,65
Dominio 4 Relaciones (media±de)	28,56 ± 24,32	31,47 ± 26,45	t = 0,65	117,30	0,52
Dominio 5.1 Act cotidianas (media±de)	43,20 ± 34,06	39,31 ± 25,67	t = -0,73	131	0,45
Dominio 5.2 Trabajo (media±de)	22,67 ± 35,62	37,68 ± 39,80	t =2,26	115,40	0,03
Dominio 6 Participación (media±de)	41,22 ± 20,96	45,97 ±17,88	t = 1,41	129,70	0,16
Total WHODAS 2.0 sin trabajo (media±de)	34,75 ±18,52	34,58 ±16,02	t = -0,06	129,31	0,95
Total WHODAS 2.0 con trabajo (media±de)	33,16 ± 17,42	34,99 ± 16,64	t = 0,62	125,25	0,54

Como podemos observar en la *Figura 12*, al año disminuyeron las puntuaciones en todos los dominios de WHODAS 2.0, representando una menor discapacidad.

Figura 12. Comparación de puntuaciones WHODAS 2.0 basales y anuales



Estos cambios fueron estadísticamente significativos en todos los dominios, excepto en el dominio “Relacionarse con otras personas” y “Trabajo” (Tabla 10).

Tabla 10. Evolución anual en la escala WHODAS 2.0 para el total de la muestra

	media±de	t	gl	p-valor
Dominio 1 Cognición	27,13± 18,73	5,34	74	0,00
Dominio 2 Movilidad	21,25 ± 23,48	4,13	74	0,00
Dominio 3 Cuidado personal	12,27 ±15,90	2,93	74	0,00
Dominio 4 Relaciones	26,89± 22,24	0,70	74	0,49
Dominio 5.1 Act cotidianas	28,53± 26,85	4,10	74	0,00
Dominio 5.2 Trabajo	16,67 ± 30,88	1,63	74	0,11
Dominio 6 Participación	30,72 ± 19,24	5,24	74	0,00
Total WHODAS 2.0 sin trabajo	25,55 ±16,10	5,65	74	0,00
Total WHODAS 2.0 con trabajo	24,38 ±15,30	5,28	74	0,00

Entre los participantes que completaron el seguimiento, 47 tenían un diagnóstico de TMG y 28 de TMC.

Como podemos observar en la *Tabla 11* y en la *Figura 13*, entre los diagnosticados con TMG, hubo una mejoría significativa al año en la puntuación total de la WHODAS y en todos los dominios, excepto en el dominio “Relacionarse con otras personas y “Trabajo”. Lo mismo ocurre en aquellos con TMC (*Tabla 12 y Figura 14*)

Tabla 11. Evolución anual en la escala WHODAS 2.0 en pacientes con TMG

	media±de	t	gl	p-valor
Dominio 1 Cognición	9,42 ± 19,39	t = 3,50	51	0,001
Dominio 2 Movilidad	10,22 ± 18,61	t = 3,96	51	0,00
Dominio 3 Cuidado personal	4,81 ± 12,91	t = 2,69	51	0,01
Dominio 4 Relaciones	1,60 ± 16,42	t = 0,70	51	0,49
Dominio 5.1 Act cotidianas	13,46 ± 32,35	t = 3,00	51	0,004
Dominio 5.2 Trabajo	5,63 ± 26,36	t = 1,54	51	0,13
Dominio 6 Participación	10,02 ± 15,75	t = 4,59	51	0,00
Total WHODAS 2.0 sin trabajo	8,63 ± 12,80	t = 4,86	51	0,00
Total WHODAS 2.0 con trabajo	8,24 ± 12,50	t = 4,75	51	0,00

Figura 13. Evolución anual en la escala WHODAS 2.0 en pacientes con TMG

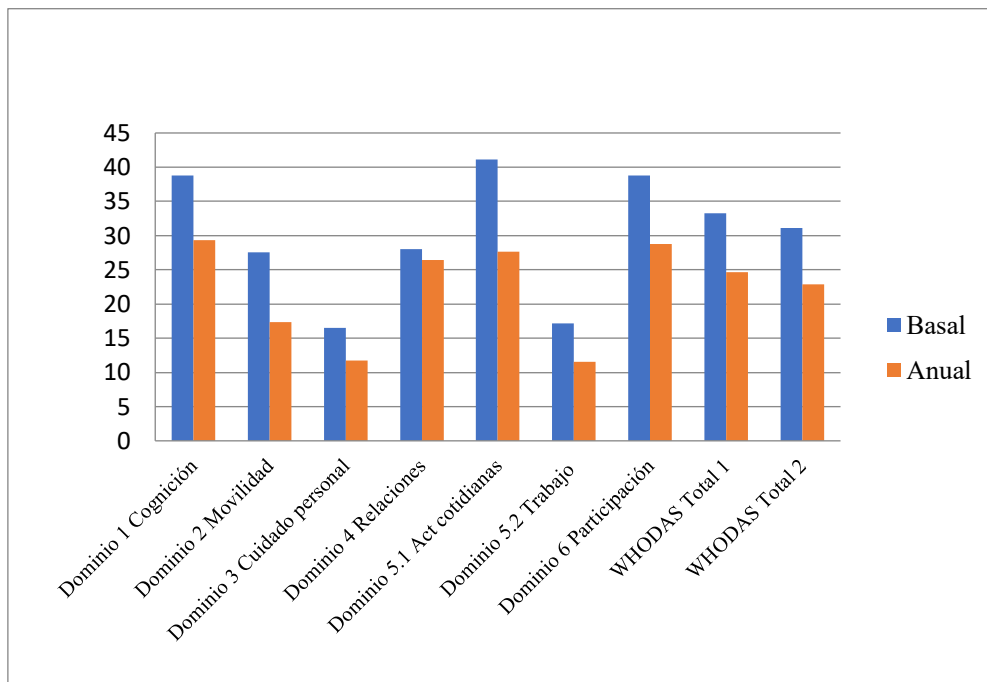
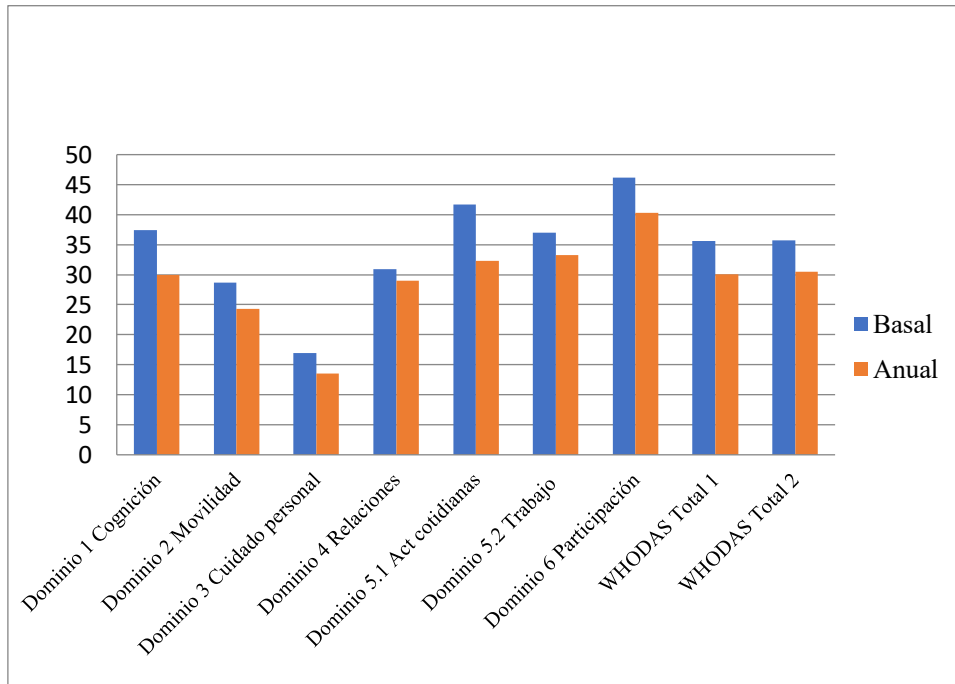


Tabla 12. Evolución anual en la escala WHODAS 2.0 en pacientes con TMC.

	media±de	t	gl	p-valor
Dominio 1 Cognición	7,53 ± 14,75	t = 4,60	80	0,00
Dominio 2 Movilidad	4,32 ± 15,07	t = 2,58	80	0,012
Dominio 3 Cuidado personal	3,33 ± 11,94	t = 2,51	80	0,014
Dominio 4 Relaciones	1,95 ± 18,51	t = 0,95	80	0,345
Dominio 5.1 Act cotidianas	9,38 ± 21,35	t = 3,96	80	0,00
Dominio 5.2 Trabajo	3,70 ± 30,79	t = 1,08	80	0,282
Dominio 6 Participación	5,86 ± 17,98	t = 2,94	80	0,004
Total WHODAS 2.0 sin trabajo	5,56 ± 12,29	t = 4,07	80	0,00
Total WHODAS 2.0 con trabajo	5,31 ± 12,68	t = 3,77	80	0,00

Figura 14. Evolución anual en la escala WHODAS 2.0 en pacientes con TMC.



DISCUSIÓN

Los trabajos que componen esta tesis conforman un estudio único para evaluar la discapacidad de los pacientes en seguimiento en una consulta de enfermería de Salud Mental. Hasta la fecha no existe ningún estudio que haya analizado el perfil de los pacientes atendidos por la enfermera de Salud Mental centrándose en la discapacidad en condiciones reales de la práctica habitual.

RESULTADOS PRINCIPALES

En el análisis transversal, estudiamos las diferencias en el nivel de discapacidad entre pacientes con TMG y TMC. Nos encontramos con una muestra bastante funcional con puntuaciones para WHODAS 2.0 que no reflejaron una discapacidad alta, pues sus valores están cerca de 30-40 e incluso menores para el “Cuidado personal”. Nuestro hallazgo principal fue que los pacientes con TMG y TMC presentaron niveles de discapacidad similares; incluso, en dominios concretos, como los dominios de “Trabajo” y “Participación en la sociedad” los pacientes con TMC, presentaron puntuaciones mayores.

En el análisis longitudinal, nuestro principal hallazgo fue que la discapacidad mejoró a lo largo de un año de seguimiento para la muestra total y también cuando analizamos por separado los pacientes con TMG y TMC en todos los dominios, excepto en los dominios “Trabajo” (“Actividades de la vida”) y “Relacionarse con otras personas”. Además, casi la mitad de los pacientes no estaban en tratamiento con la enfermera al año de seguimiento.

COMPARACIÓN CON RESULTADOS PREVIOS

Diferencias en las puntuaciones basal de la escala WHODAS 2.0 para personas con TMG vs TMC.

Nuestro hallazgo principal fue que los pacientes con TMG y TMC presentaron niveles de discapacidad similares.

Nuestros resultados van en la misma línea que estudios previos como el estudio europeo ESEMeD (Alonso, 2004) o el de Cotrena y cols. (Cotrena, 2016), que aunque no comparan diagnósticos agrupados en TMG y TMC, muestran niveles de discapacidad comparables entre trastorno bipolar (perteneciente al grupo de TMG) y depresión (dentro de los TMC). Por otro lado, otro estudio de base poblacional como el de Sjonnesen y cols que estudió a 23.757 personas de Canadá, encontró que las personas con esquizofrenia presentaban la discapacidad media ligeramente más alta, siguiéndoles aquellas con trastorno por ansiedad generalizado, trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor. Por tanto, también mostró que ciertos TMC como el de ansiedad puede presentar más discapacidad que otro TMG como el TB (Sjonnesen, 2016).

Por otro lado, estudios como el de Olariu y cols. encuentran niveles altos de discapacidad en trastorno de ansiedad generalizada o depresión (ambos catalogables como TMC) (Olariu, 2015). Lo mismo ocurre en un estudio de Montreal en adultos atendidos en urgencias psiquiátricas con trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, psicosis, trastornos de personalidad y abuso de sustancias. Este estudio informó que aquellos con trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y de la personalidad tenían puntuaciones de WHODAS 2.0 significativamente más altas y dentro de estos, los peor puntuados fueron las personas con trastornos de personalidad (Hoehne, 2021).

En cuanto a los dominios más afectados para la muestra total en nuestro estudio, fueron el dominio de la “Participación en la sociedad” ($41,50 \pm 30,64$) y el de las “Actividades domésticas” ($43,30 \pm 19,75$), seguido del dominio de la “Comprensión y comunicación” ($37,97 \pm 21,86$); mientras que el dominio menos afectado fue el del “Cuidado personal” ($16,77 \pm 19,56$).

Entre los diagnosticados con TMG y TMC no hubo diferencias significativas,

excepto para los dominios del “Trabajo” y “Participación en la sociedad” que tuvieron peor puntuación las personas con TMC, siendo de $36,95 \pm 39,75$ frente a $17,17 \pm 32,17$ en el caso del “Trabajo” y de $46,19 \pm 19,07$ frente a $38,78 \pm 20,12$ en el caso de la “Participación en la sociedad”.

A pesar de que la “Participación en la sociedad” es considerado un dominio muy relacionado con los síntomas de la esquizofrenia y así lo reflejan muchos trabajos previos como el estudio nigeriano donde se estudiaron las puntuaciones de WHODAS 2.0 en personas con esquizofrenia comparados con los de la población sana (Akinsulore, 2015), en nuestros resultados encontramos mayores dificultades para los pacientes con TMC para este dominio. En este estudio, los dominios más afectados en personas con TMC son la “Participación en la sociedad” con una puntuación media 47,75 frente a un 9,92 que puntúan los sanos y las “Relaciones” con un 44,57 frente a un 14,67 en sanos. Las limitaciones en estos dominios fueron asociadas con síntomas positivos. La mejor puntuación fue en el dominio de “Cuidado personal” con una media de 3,20, coincidiendo con nuestros resultados.

En la línea de lo observado en nuestros resultados, un estudio naturalista de 881 pacientes ambulatorios con trastornos psicóticos en Suecia encuentra que las dificultades más observables se dieron en los dominios de “Participación en la sociedad” y “Actividades de la vida diaria”, y menor deterioro funcional en el “Cuidado personal” (Holmberg, 2021).

Lo mismo ocurre en un estudio basado en el proyecto RECOVER-E: “Implementación a gran escala de atención de salud mental basada en la comunidad para personas con enfermedades mentales graves y persistentes en Europa” (Shields-Zeeman, 2020). Los 931 participantes de 5 países europeos: Bulgaria, Croacia, Macedonia del Norte, Montenegro, y Rumania indicaron el mayor grado de limitación funcional en los dominios “Participación en la sociedad” ($43,8 \pm 21,6$), “Actividades de la vida diaria: Trabajo y hogar” ($35,6 \pm 29,2$), seguido de “Relaciones” ($32,3 \pm 24,1$). Además, el dominio menos afectado fue el del “Cuidado personal” ($15,8 \pm 20,8$) (Roth, 2021).

No son tantos los estudios que muestran el deterioro en personas con TMC. En esta categoría, nuestros resultados van en la misma línea que un estudio de Taiwan en

personas con TDM que mostró que los dominios con deterioro más grave fueron “Relaciones”, las “Actividades de la vida” (donde está incluido el Trabajo) y la “Participación en la sociedad” con puntuaciones de $40,3 \pm 23,7$; $42,2 \pm 31,0$ y $48,8 \pm 23,3$; respectivamente (Chiang , 2021).

Una posible explicación para el hallazgo contraintuitivo de que los pacientes con TMC de nuestra muestra presente puntuaciones más altas que los pacientes con TMG es que estos últimos son pacientes con una evolución más crónica, en seguimiento en el CSM durante más tiempo y, por tanto, en un momento evolutivo de mayor estabilidad y más concienciados, mientras que los pacientes con TMC son personas que llegan a la consulta en un momento de síntomas más agudos y recientes, por lo general. No podemos contrastar esta posible explicación dado que no recogimos el tiempo de seguimiento de los pacientes incluidos. Además, los resultados podrían estar sesgados por una valoración subjetiva del funcionamiento y calidad de vida de las personas con enfermedad mental, en particular los trastornos afectivos, es decir, aquellas personas con depresión tienden a verse peor de lo que están, por lo general (Pinto-Meza, 2007). Por otro lado, muchos pacientes, por una falta de comprensión de su enfermedad, pueden encontrar dificultades a la hora de informar sobre sus discapacidades, siendo más frecuente en personas con trastornos psicóticos. Todo esto lleva a pensar que a pesar de que es un cuestionario que ha demostrado ampliamente su validez los hallazgos en personas con trastornos mentales, las puntuaciones de WHODAS 2.0 deben contextualizarse para ser interpretables, teniendo en cuenta la sintomatología, el tiempo de evolución de la enfermedad, la red de apoyo disponible, etc. Como ya mencionó en su estudio Sjonnesen y cols. (Sjonnesen, 2016).

Por el contrario, en un estudio sobre las propiedades psicométricas de la WHODAS 2.0 utilizado para el estudio ESEMeD, determinó que los dominios en los que muchas personas experimentan limitaciones son el “Trabajo” y la “Repercusión emocional” (perteneciente al dominio de “Participación en la sociedad”) (Buist-Bouwman, 2008), siendo estos resultados similares a los obtenidos en nuestra muestra con TMC.

También hemos encontrado un estudio que difiere, en parte, de nuestros resultados en pacientes con TMG. Es un estudio de Argentina donde se evalúan 100 pacientes con esquizofrenia y la mayoría de ellos no tenían discapacidad o discapacidad

leve en los 6 dominios, coincidiendo con nuestra muestra. Lo mismo ocurre con los datos sobre el dominio peor puntuado, siendo el de la “Participación en la sociedad” como en nuestros resultados. Por el contrario, una minoría sustancial tenía discapacidad moderada en los dominios “Comprensión y comunicación” y “Cuidado personal” (Gómez, 2015), siendo este último el dominio menos afectado en nuestro estudio.

Otro hallazgo a señalar es que cuando ajustamos por las variables sociodemográficas, observamos que para el dominio del “Trabajo”, además del diagnóstico de TMG o TMC, influyen de forma significativa, el hecho de estar activo laboralmente y tener pareja. Para el dominio de “Participación en la sociedad”, todas las variables tenidas en cuenta pierden su significación. Esto hace pensar en la influencia en la discapacidad de otros factores que no han sido valorados en este trabajo.

La situación laboral es una medida importante de discapacidad en personas con trastornos mentales. Por un lado, se recomienda la laborterapia como parte del tratamiento terapéutico para la mejora de la funcionalidad y la integración en la sociedad; pero por otro, las limitaciones que sufren muchas personas con trastornos mentales son incompatibles con las exigencias del mercado laboral actual, sobre todo, en los países más desarrollados y, por tanto, hay que desarrollar trabajos protegidos para estas personas.

Algunos estudios apuntan que las personas que sufren algún tipo de trastorno mental tienen entre un 30 y un 50% menos probabilidad de encontrar un empleo que otras personas (Puerto, 2017). En un trabajo doctoral se recogió que el porcentaje de expedientes de incapacidad permanente motivados por trastornos psiquiátricos supuso el 3,1% del total, siendo estimados el 63,8%. Los trastornos mentales que más frecuentemente implicaron incapacidad permanente fueron los psicóticos que supusieron un 27,6% de los diagnósticos. La mayor parte de las incapacidades (63,9%), se dieron a pacientes que tenían trabajos que precisaban muy poco o incluso, ninguna formación específica (Rodríguez, 2016). Sin embargo, en otro trabajo los diagnósticos más frecuentemente relacionados con incapacidad permanente fueron los trastornos de ansiedad, por encima del 40%, seguidos en importancia numérica de los trastornos del estado de ánimo, que alcanzan casi el 30% y, trastornos de abuso de sustancias, con prácticamente un 17% y, por último, los trastornos psicóticos, que suponen poco más

del 5% de los casos (Puerto, 2017).

Entre nuestros pacientes, el porcentaje de desempleo en el total de la muestra es de un 47,4% y dentro del TMG, un 76,9%. Las estimaciones de desempleo en personas con esquizofrenia en los países desarrollados oscilan entre 70 y 85% (Olagunju, 2016), similares a los nuestros. Por el contrario, en países menos desarrollados estas tasas son menores al 50%, lo que puede explicarse por qué los trabajos son menos complicados en los países en desarrollo (Olagunju, 2016). Los resultados encontrados por Chopra y cols. van en la misma línea (Chopra, 2004). En el estudio de Gómez y cols. estaban desempleados el 59% de la muestra de personas con esquizofrenia en Argentina (Gómez, 2015). Al igual que en el de Roth y cols. el 30% estaban jubilados y el 25% estaban desempeñados de la muestra europea de trastornos mentales (Roth, 2021).

Descripción de la evolución global en las puntuaciones de la escala WHODAS 2.0 y comparación entre TMG vs TMC.

En nuestro estudio, tras un año de seguimiento por la enfermera especialista de Salud Mental, donde los participantes han sido tratados de manera habitual sin ninguna intervención manualizada, entre los que completaron el seguimiento, 47 tenían un diagnóstico de TMG y 28 de TMC. Entre los diagnosticados con un TMG hubo una mejoría significativa al año en la puntuación total de la WHODAS y en todos los dominios, excepto en el dominio “Relacionarse con otras personas” y “Trabajo”. Lo mismo ocurre en aquellos con TMC.

Con respecto al resultado en pacientes con TMC, en un análisis secundario de pacientes inscritos en un ensayo controlado aleatorizado por conglomerados de personas con TMC en India, después de seis meses de seguimiento, casi el 40% de los pacientes se había recuperado y su mejoría se relacionó con mejores puntuaciones en los siguientes ítems de WHODAS 2.0: “concentración” (dominio “Comprensión y comunicación”), “estar de pie” (dominio “Movilidad”), “responsabilidades del hogar” (dominio “Actividades de la vida diaria”), “trabajo diario” (dominio “Actividades de la vida diaria”) y “perturbación emocional” (dominio “Participación en la sociedad”), mejorando también los “días de discapacidad” (Thomas, 2016). Aunque el cronograma es diferente y existen diferencias metodológicas, estos resultados son similares a los nuestros en cuanto a “Comprensión y comunicación”, “Movilidad” y “Actividades domésticas”, pero contrastan con nuestros pacientes, en los que el “Trabajo” no mejoró. Esta diferencia podría explicarse en parte por el diseño descriptivo de nuestro estudio, ya que los pacientes que abandonaron el tratamiento no fueron contactados para el seguimiento y los pacientes que tendieron a permanecer en tratamiento fueron aquellos con TMG, la mayoría de ellos jubilados. Existe otra diferencia importante entre este ensayo y nuestro estudio y es que aquí se llevó a cabo una intervención basada en psicoeducación, antidepresivos y terapia interpersonal grupal; mientras que en el nuestro no hubo una intervención guiada.

En consonancia con nuestros resultados, en el estudio llevado a cabo en Taiwan en personas con TDM, a los 3 años de seguimiento, se encontraron mejoras significativas en la “Comprensión y comunicación”, la “Movilidad”, la “Participación

en la sociedad” y las puntuaciones totales. Sin embargo, la mejora fue limitada en el dominio de “Relaciones” y “Trabajo”, indicando una mayor prevalencia de discapacidad de la función social en personas deprimidas en comparación con otros dominios (Chiang, 2021).

Por otro lado, nuestros resultados contrastan con los de un estudio europeo de seguimiento de un año de personas con depresión centrado en la calidad de vida. Los autores solo encontraron una mejora en la calidad de vida mental y estabilidad en la calidad de vida física, mientras que nosotros también encontramos una mejora en los aspectos físicos de la discapacidad como la “Movilidad” y las “Actividades domésticas” (Saragoussi, 2018). Esta diferencia entre los dos estudios puede estar relacionada con los diferentes instrumentos empleados, pero también puede estar influenciada por los diferentes perfiles de pacientes. Este es un estudio de 1159 pacientes ambulatorios con TDM en Francia, Alemania, España, Suecia y el Reino Unido en monoterapia con antidepresivos y la calidad de vida se evaluó mediante la Encuesta de salud de 12 ítems de formato corto del Estudio de resultados médicos (SF-12) (Ware, 1996).

Entre los estudios con personas con TMG, han informado hallazgos similares a los nuestros. Así, Kästner y cols., en un estudio que evaluó el tratamiento comunitario asertivo (ACT) en pacientes con trastorno esquizofreniforme, encontraron una mejora general en la funcionalidad evaluada por WHODAS 2.0 a lo largo de un año de seguimiento. Sin embargo, en pacientes sometidos a un tratamiento intensivo como ACT, se espera una mejora general en todos los dominios de WHODAS 2.0, mientras que una intervención en un medio ambulatorio como el nuestro, donde no se presta específicamente atención a los aspectos sociales, el trabajo y la interacción con las personas, no mejoraron (Kästner, 2015). Hay que aclarar que en nuestro estudio tampoco tuvimos en cuenta cuantos pacientes estaban en seguimiento por un trabajador social u otro recurso de la red social.

En otro estudio naturalista sin más intervención que la habitual, como en nuestro caso realizado en Taiwán durante cuatro años informó que las personas con esquizofrenia mejoraron en la puntuación general y en la “Comprensión y comunicación”, la “Movilidad” y la “Participación en la sociedad” (Chen, 2020). Nuestros pacientes con TMG mejoraron en estos mismos tres dominios y

también en el “Cuidado personal” y las “Actividades domésticas”.

La ausencia de mejoría en las puntuaciones del “Trabajo” y de “Relaciarse con los demás” son resultados que también se han informado en otros estudios de personas con TMG (Kästner, 2015; Chen, 2020), pero no para pacientes con TMD en India, ya que estos últimos autores encontraron una mejora en los "días de discapacidad" o "Trabajo" (Thomas, 2016). Las diferencias con nuestros hallazgos probablemente se deben al hecho de que 53 de 81 personas con TMC evaluadas al inicio del estudio interrumpieron el tratamiento, probablemente porque mejoraron lo suficiente como para reanudar el trabajo. Además, las diferencias culturales pueden influir en los resultados laborales, ya que los requisitos de cualificación laboral son diferentes en India que en España. Con respecto al dominio " Relacionarse con otras personas ", tampoco encontramos una mejora significativa, probablemente porque este es un dominio muy complejo donde influyen muchos factores y en el que la discapacidad puede mejorar con enfoques terapéuticos más específicos como ACT.

En un estudio en personas con esquizofrenia en Sudáfrica se recogieron los datos de discapacidad tras recibir una intervención de 12 sesiones grupales a lo largo de un año. Los temas de las sesiones fueron: Introducción al programa y establecimiento de objetivos; Comprensión del diagnóstico de esquizofrenia; Comprensión de la medicación; Actividades laborales; Lidiando con la Esquizofrenia; Abuso de sustancias; Conocernos a nosotros mismos; Manejo de la ira, el estrés y los conflictos; Lidiando con el Estigma y la Discriminación; Contribuyendo al Hogar; Gestión de dinero y Sesión de clausura. Las puntuaciones de WHODAS fueron generalmente bajas, en comparación con los puntajes observados para poblaciones similares en países de altos ingresos (Sjonnesen, 2016). Estos pueden haber dejado poco margen de mejora. Si bien se ha sugerido que la experiencia de la discapacidad psicosocial puede ser menos grave en contextos no occidentales más colectivistas. Sin embargo, la pobreza, la desigualdad, el rápido cambio sociocultural y otros factores psicosociales en Sudáfrica crean un entorno altamente incapacitante (Brooke-Summer, 2018).

Descripción de las personas que completaron el seguimiento en enfermería al año.

A lo largo de este año de seguimiento, de los 133 participantes iniciales de nuestro estudio, 75 (56,4%) lo completaron. Entre los 58 pacientes (43,6%) que no fueron evaluados al año por abandonar el seguimiento, cinco tenían un diagnóstico de TMG y 53 de TMC. Dentro de los TMG, los motivos de no seguimiento fueron por traslado de zona o ciudad (3) o derivación a otro recurso de la red de salud mental (1) y tan solo un paciente (0,05%) abandonó el seguimiento. Entre los pacientes diagnosticados con un TMC, 35 fueron dados de alta por parte del servicio de psiquiatría antes de cumplir el año de seguimiento, 13 abandonaron el seguimiento en todas las consultas, incluidas psiquiatría y psicología, cuatro abandonaron las consultas de enfermería continuando con el resto y uno se derivó a otro recurso. Al no tratarse de un ensayo o una intervención dirigida; sino de un estudio naturalista, con un seguimiento integrado en la atención habitual, nos encontramos con cifras de abandono del seguimiento en el CSM superiores a otros estudios, pero en sentido estricto, esto representa una tasa de abandonos del 13,5%.

Si tenemos en cuenta esto, muchos son los estudios con resultados similares a los nuestros. Como vemos, en un estudio llevado a cabo en las consultas de Salud Mental de Valencia entre 2.654 pacientes, 642 abandonaron, es decir, el 24,19 %. Los resultados más significativos indicaron que los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo fueron los grupos diagnósticos asociados con el abandono de las consultas, siendo la ansiedad el factor más significativamente asociado. La percepción de mejoría fue motivo de abandono en este último caso (Castañeda, 1997). Muy similares son los resultados del estudio de Kästner y cols. mostró que el porcentaje de seguimientos completados fue del 74,8% (Kästner, 2015).

Podemos observar datos algo más altos en otro estudio de cuatro servicios ambulatorios de salud mental de la Comunidad de Madrid con una muestra de 789 personas que asistieron por primera vez a los servicios de salud mental durante un año y abandonaron el tratamiento en el mismo año o durante los dos siguientes; la tasa global de abandono fue del 33,2% y los factores predictivos de abandono fueron: ser tratado en un centro determinado, la participación de más de un terapeuta en el tratamiento y no

tener antecedentes de trastornos psiquiátricos (Reneses, 2009).

En otro estudio posterior de una muestra de 264 participantes de Centros públicos de drogodependencias de Girona, el 34,8% de los participantes abandonaron el proceso antes de dos meses después de iniciar la terapia (n=92). Los resultados mostraron que acudir a las citas sin compañía, ser mujer, consumir cocaína y ser más joven son los factores que aumentan el riesgo de abandono precoz (Calvo, 2018).

Si tenemos en cuenta, el sentido estricto de abandono en nuestros resultados, estas cifras se aproximan más a las del estudio llevado a cabo en India, donde el 10,9 % abandonaron el estudio a los 2 meses (Chen, 2020).

Por otro lado, en nuestro estudio, las personas que no completaron el seguimiento fueron principalmente más jóvenes, activos laboralmente y tenían un diagnóstico de TMC. Este perfil de pacientes es en parte similar a los encontrados en el estudio realizado en pacientes con TMC en India (Thomas, 2016), ya que en su estudio los que abandonaron tienden a ser más jóvenes, pero también encontraron más hombres; mientras que nosotros no encontramos diferencias significativas de género o diferencias de puntuación en WHODAS 2.0. Sin embargo, en un estudio realizado solo en personas con TMG, no se encontraron diferencias de género o edad entre los que abandonaron (Kästner, 2015).

En el estudio de Thomas y cols., de los participantes iniciales, el 92,1% fueron evaluados a los 6 meses, y de estos, el 39% se habían recuperado. Estos datos van en la misma línea que los nuestros, ya que de entre los que no completaron el seguimiento al año, el 39,85% (53 pacientes) de la muestra total eran personas con TMC (Thomas, 2016).

De 139 pacientes, 53 pacientes abandonaron después de la primera visita y 105 pacientes abandonaron al final de los 6 meses. Menor nivel educativo, TMG y derivación temprana a un psicólogo clínico fueron predictores de mejores tasas de seguimiento tras la primera visita. (Jain, 2017).

Nuestro estudio refleja la práctica habitual de las consultas ambulatorias de salud mental donde logramos establecer un seguimiento de por vida en los pacientes con TMG; sin embargo, en el caso de las personas con TMC tienden a abandonar el tratamiento de forma no consensuada con el terapeuta. En estos casos, interpretamos

que por lo general hay una mejora, pero esto no ha sido comprobado en nuestro estudio.

Teniendo en cuenta referencias previas, observamos que los motivos de abandono más frecuentes incluyeron los siguientes: sentirse mejor (19,6%), atenderse en otra institución (17,4%), falta de recursos económicos (10,9%), motivos no tipificados (7,6%), efectos colaterales de medicamentos prescritos (6,5%) y maltrato del tratante (6,5%) (Velázquez, 2000). En otro estudio las variables más relevantes en la determinación del abandono terapéutico en pacientes con trastornos mentales según un estudio son: ser varón o ser mujer y vivir sola, no tener antecedentes psiquiátricos ambulatorios u hospitalarios, poseer un alto nivel de apertura a la experiencia y un alto nivel de neuroticismo, realizar atribuciones de carácter externo y presentar altos niveles de indefensión aprendida (Marrón, 2004).

El hecho de que después de un año, la mayoría de los pacientes en tratamiento con la enfermera de Salud Mental eran personas con TMG concuerda con estudios previos que encontraron que las personas con TMC que recibieron atención especializada tuvieron en promedio menos visitas que aquellas con TMG (Mechanic, 2004). Además, este hallazgo refleja que las actividades terapéuticas desarrolladas por las enfermeras de Salud Mental en el seno de la comunidad, se centran más en TMG que en TMC. En la atención de TMG, la enfermera está a cargo de la administración inyectables antipsicóticos de acción prolongada o psicoeducación para una largo plazo, mientras que en TMC las intervenciones terapéuticas suelen ser en situaciones agudas más urgentes y de menor duración.

FORTALEZAS Y LIMITACIONES

La principal fortaleza de nuestro estudio es que reflejamos las discapacidades de las personas atendidas por la enfermera de Salud Mental en condiciones del mundo real en un CSM. Esto implica que los pacientes aparecen con otras comorbilidades. Estas condiciones de la vida real pueden dificultar la investigación; sin embargo, también aumentan la validez externa. En caso de que un estudio de la vida real logre demostrar la efectividad y la eficiencia de una intervención, aumenta la probabilidad de que esta intervención realmente funcione. En los últimos años, hay una tendencia creciente a realizar estudios naturalistas para complementar la información que se puede obtener en el contexto de un ensayo, añadiendo información de gran interés.

Además, consideramos a la enfermera de Salud Mental, de acuerdo a las competencias propias de la especialidad y al contacto que habitualmente mantiene con los pacientes, como el profesional más adecuado en un equipo multidisciplinar de Salud Mental para hacer esta evaluación en el CSM.

Nuestro estudio es innovador, ya que introducimos la medición de la discapacidad, que actualmente no se realiza de manera sistemática en la práctica de enfermería de Salud Mental y proponemos la evaluación de la discapacidad de manera sistemática en los pacientes de Salud Mental para tener una medida tangible de los cambios a lo largo del seguimiento. Los resultados del estudio pueden ser gran utilidad para el desarrollo de la atención integrada y la atención domiciliaria en el sistema de salud mental de la Comunidad de Madrid, así como en otros sistemas de salud similares.

Pese al interés de este estudio, también tenemos que señalar algunas limitaciones. Por un lado, se desarrolló en un solo hospital, y los resultados no son generalizables a otros entornos. Se necesitaría una muestra poblacional más grande, con un diseño multicéntrico para extrapolar estos hallazgos, y, dado su carácter naturalístico, no realizamos una estimación preliminar del tamaño de la muestra. Por otro lado, no relacionamos la discapacidad medida con la WHODAS 2.0 con medidas objetivas, lo que puede haber introducido sesgos de respuesta (Gold, 2014). Todo esto lleva a pensar que a pesar que deberíamos haber introducido cuestionarios de síntomas para poder valorar si el estado clínico influye en la autopercepción de discapacidad.

Otra limitación de nuestro trabajo es que, no estudiamos el motivo de abandono de las personas que no completaron el seguimiento. Por último, no hemos contado con un grupo control de población general.

Nuestros resultados arrojan dudas sobre la validez de WHODAS 2.0. Aunque es un instrumento válido y se ha utilizado ampliamente en varios países y en diferentes enfermedades, incluida la mental, varios autores señalan como muchos ítems no son relevantes para evaluar la discapacidad relacionada con los trastornos mentales (Gspandl, 2018; Federici, 2017; Konecky, 2014). Un problema de este cuestionario es la interpretación de las puntuaciones en el dominio de las “Actividades domésticas” y del “Trabajo”. Al completar este dominio, las personas que no están activas no contestan estas preguntas, por lo tanto, este aspecto no se refleja en las puntuaciones de discapacidad para estas personas. Paradójicamente alguien que esté trabajando a pesar de algún nivel de discapacidad en este dominio completará las preguntas y recibirá una puntuación de discapacidad más alta. Lo mismo sucede al evaluar a alguien que está aislado socialmente debido a un trastorno mental, que puede informar de poca o ninguna dificultad en el funcionamiento social, lo que sucede en muchos pacientes con TMG por el bajo insight. Así, las puntuaciones de WHODAS 2.0 deben contextualizarse para ser interpretables. Sería necesario estandarizar este tipo de preguntas aclaratorias en futuras aplicaciones de la encuesta WHODAS 2.0. como ya se ha planteado en estudios anteriores (Sjonnesen, 2016).

PERSPECTIVAS FUTURAS

Este artículo describe el perfil del paciente atendido en la práctica real de una enfermera de Salud Mental en un entorno comunitario; así como su evolución, centrándonos en la discapacidad medida con WHODAS 2.0. Hasta ahora se han descrito qué dominios de este cuestionario están más afectados en determinados trastornos mentales, pero nunca se ha estudiado en la consulta de enfermería de Salud Mental ni se había comparado la discapacidad entre TMG y TMC.

Abogamos por una evaluación sistemática de la discapacidad en el entorno de la salud mental y proponemos a las enfermeras de Salud Mental como los profesionales de salud mental más adecuados para realizar esta evaluación.

Esperamos que nuestros resultados sirvan como base para futuros estudios donde se evalúe otras variables como la eficacia de la intervención enfermera, con el fin último de mejorar las intervenciones dirigidas al manejo del deterioro funcional y la mejora de la calidad de vida de las personas con trastornos, tanto graves como comunes.

CONCLUSIONES

- **Primera**

Los trastornos mentales comunes y los trastornos mentales graves tienen un impacto en la funcionalidad de las personas que los padecen.

- **Segunda**

Evaluar la discapacidad de forma regular es de especial interés para las personas con trastornos mentales.

- **Tercera**

La funcionalidad de la muestra fue alta, con puntuaciones medias en torno a 30-40 en la escala WHODAS 2.0

- **Cuarta**

No se encontraron diferencias en la puntuación global de WHODAS 2.0 entre las personas con trastornos mentales comunes y trastornos mentales graves.

- **Quinta**

El nivel de discapacidad asociado con el trastorno mental común fue más alto en algunos dominios en comparación con trastorno mental grave. Esta diferencia fue especialmente relevante para los dominios “Trabajo y “Participación en la sociedad”.

- **Sexta**

Tras el seguimiento a lo largo de un año por la enfermera de Salud Mental, las personas con trastornos mentales graves tienden a permanecer en seguimiento, mientras que aquellas con trastornos mentales comunes tienden a abandonarlo.

- **Séptima**

Las personas que no completaron el seguimiento eran más jóvenes, activos laboralmente y tenían un diagnóstico de trastorno mental común.

- **Octava**

Tras un año de seguimiento las puntuaciones globales de WHODAS 2.0 mejoraron en toda la muestra.

- **Novena**

Específicamente, tras el año de seguimiento, mejoraron los dominios de “Comprensión y comunicación”, “Movilidad”, “Cuidado personal”, “Actividades domésticas” y “Participación en la sociedad”.

- **Décima**

No se observaron cambios significativos con respecto a las puntuaciones basales en este año de seguimiento en el dominio “Relacionarse con otras personas” y “Trabajo”.

- **Undécima**

A la vista de estos resultados, es recomendable la valoración sistemática anual de la discapacidad de las personas que sufren trastornos mentales. Proponemos que el profesional indicado para esta valoración es la enfermera de Salud Mental.

REFERENCIAS

- Adegbaju, D. A., Olagunju, A. T., & Uwakwe, R. (2013). A comparative analysis of disability in individuals with bipolar affective disorder and schizophrenia in a sub-Saharan African mental health hospital: towards evidence-guided rehabilitation intervention. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(9), 1405–1415. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0654-6>
- Akinsulore, A., Mapayi, B. M., Aloba, O. O., Oloniniyi, I., Fatoye, F. O., & Makanjuola, R. O. (2015). Disability assessment as an outcome measure: a comparative study of Nigerian outpatients with schizophrenia and healthy control. *Annals of general psychiatry*, 14, 40. <https://doi.org/10.1186/s12991-015-0079-6>
- Alcalá Partera, J.A. (2006). Curso y pronóstico de la depresión. *SEMERGEN*. 32 Supl. 2:26-30. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-pdf-X1138359306908158>
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., de Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, V., Lépine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., Vilagut, G., Almansa, J., ... ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (420), 38–46. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00329.x>
- Alonso, J., Lépine, J. P., & ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *The Journal of clinical psychiatry*, 68 Suppl 2, 3–9. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/229721918_The_European_Study_of_the_Epidemiology_of_Mental_Disorders_ESEMeDMHEDEA_2000_project_rationale_and_methods

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington (DC): APA.*
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Antunes, A., Frasilho, D., Azeredo-Lopes, S., Neto, D., Silva, M., Cardoso, G., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2018). Disability and common mental disorders: Results from the World Mental Health Survey Initiative Portugal. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, *49*, 56–61.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.004>
- Asher, L., Patel, V., & De Silva, M. J. (2017). Community-based psychosocial interventions for people with schizophrenia in low and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, *17*(1), 355.
<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1516-7>
- Bachrach, L.L. (1988). Defining Chronic Mental Illness: A Concept Paper. *Psychiatric Services*, *39*(4), 383-388. <https://doi.org/10.1176/ps.39.4.383>
- Baron, E. C., Rathod, S. D., Hanlon, C., Prince, M., Fedaku, A., Kigozi, F., Jordans, M., Luitel, N. P., Medhin, G., Murhar, V., Nakku, J., Patel, V., Petersen, I., Selohilwe, O., Shidhaye, R., Ssebunnya, J., Tomlinson, M., Lund, C., & De Silva, M. (2018). Impact of district mental health care plans on symptom severity and functioning of patients with priority mental health conditions: the Programme for Improving Mental Health Care (PRIME) cohort protocol. *BMC psychiatry*, *18*(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1642-x>
- Barrigón, M. L., Berrouiguet, S., Carballo, J. J., Bonal-Giménez, C., Fernández-Navarro, P., Pfang, B., Delgado-Gómez, D., Courtet, P., Aroca, F., Lopez-Castroman, J., Artés-Rodríguez, A., Baca-García, E., & MEmind study group (2017). User profiles of an electronic mental health tool for ecological momentary assessment: MEmind. *International journal of methods in psychiatric research*, *26*(1), e1554. <https://doi.org/10.1002/mpr.1554>
- Beesdo-Baum, K., & Knappe, S. (2012). Developmental epidemiology of anxiety disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, *21*(3), 457–478.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2012.05.001>
- Brooke-Sumner, C., Selohilwe, O., Mazibuko, M. S., & Petersen, I. (2018). Process

- Evaluation of a Pilot Intervention for Psychosocial Rehabilitation for Service Users with Schizophrenia in North West Province, South Africa. *Community mental health journal*, 54(7), 1089–1096. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0318-9>
- Büchtemann, D., Kästner, D., Warnke, I., Radisch, J., Baumgardt, J., Giersberg, S., Kleine-Budde, K., Moock, J., Kawohl, W., & Rössler, W. (2016). Hospital utilization outcome of an assertive outreach model for schizophrenic patients - results of a quasi-experimental study. *Psychiatry research*, 241, 249–255. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.012>
- Buist-Bouwman, M. A., Ormel, J., De Graaf, R., Vilagut, G., Alonso, J., Van Sonderen, E., Vollebergh, W. A., & ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2008). Psychometric properties of the World Health Organization Disability Assessment Schedule used in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. *International journal of methods in psychiatric research*, 17(4), 185–197. <https://doi.org/10.1002/mpr.261>
- Butcher, H.K., Faan, G.M.B., PhD RN, Dochterman, J.M., & Mba/Msn C.M.W., RN PhD. (2018). Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Nic). Elsevier Health Sciences. Recuperado de: https://www.academia.edu/37376104/CLASIFICACION_DE_INTERVENCIONES_DE_ENFERMERIA_NIC
- Calvo, F., Carbonell, X., Valero, R., Costa, J., Turró, O., Giralt, C., & Ramírez, M. (2018). Abandono precoz y retención en servicios ambulatorios de drogodependencias: análisis transversal comparativo de factores que aumentan o disminuyen la adherencia [Early drop-outs and retentions in substance abuse outpatient clinics: a cross-sectional comparative study of factors that increase or decrease adherence]. *Atencion primaria*, 50(8), 477–485. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.006>
- Caminero, P. & Castelo, C. (2012). Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la Comunidad de Madrid. Planificación estratégica. Manual. Servicio Madrileño de Salud, Madrid. Recuperado de: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/17188>

- Carlozzi, N. E., Kratz, A. L., Downing, N. R., Goodnight, S., Miner, J. A., Migliore, N., & Paulsen, J. S. (2015). Validity of the 12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) in individuals with Huntington disease (HD). *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 24(8), 1963–1971. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-0930-x>
- Castañeda Sanz, I. (1997). Estudio sobre el abandono terapéutico en las consultas de salud mental (Tesis doctoral). *Universidad de Alicante*. Recuperado de: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/3370>
- Chen, R., Liou, T. H., Miao, N. F., Chang, K. H., Yen, C. F., Liao, H. F., Chi, W. C., & Chou, K. R. (2020). Using World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 in people with schizophrenia: a 4-year follow-up. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 270(3), 301–310. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-01000-5>
- Chiang, Y. C., Liou, T. H., Lee, H. C., & Escorpizo, R. (2021). Using WHODAS 2.0 to Assess Functional Impairment in People with Depression: Should Employment Receive More Attention?. *International journal of environmental research and public health*, 18(9), 4552. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094552>
- Chong, H. Y., Teoh, S. L., Wu, D. B., Kotirum, S., Chiou, C. F., & Chaiyakunapruk, N. (2016). Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 357–373. <https://doi.org/10.2147/NDT.S96649>
- Chopra, P. K., Couper, J. W., & Herrman, H. (2004). The assessment of patients with long-term psychotic disorders: application of the WHO Disability Assessment Schedule II. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 38(9), 753–759. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01448.x>
- Colomer, A.J. y cols. (2003). Guía de cuidados enfermeros en salud mental de Aragón. *Servicio Aragonés de Salud*. Recuperado de: <http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Guia-de-cuidados-enfermeros-en-salud-mental-Aragon.pdf>
- Comín Comín, M., Ruiz Garrós, C., Franco, E., Damian, J., Ruiz Tovar, M., de Pedro-

- Cuesta, J., & Grupo Aragonés de Estudio de la Discapacidad Discaparagon (2011). Producción científico-profesional Española sobre discapacidad según el modelo CIF. Revisión de la literatura, 2001-2011 [Scientific-professional production on the ICF disability model in Spain. A literature review (2001-2010)]. *Gaceta sanitaria*, 25 Suppl 2, 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.004>
- Comisión de las Comunidades Europeas. (2005). Libro Verde, Mejorar la salud mental de la población. Hacia una Estrategia de la Unión Europea en materia de salud Mental. Bruselas. Recuperado de: https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf
- Conejo Cerón, S., Moreno Peral, P., Morales Asencio, J. M., Alot Montes, A., García-Herrera, J. M., González López, M. J., Quemada González, C., Requena Albarracín, J., & Moreno Küstner, B. (2014). Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave. Un estudio cualitativo [Opinions of healthcare professionals on the definition of severe mental illness: a qualitative study]. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 37(2), 223–233. <https://doi.org/10.4321/s1137-66272014000200005>
- Conradi, H. J., Bos, E. H., Kamphuis, J. H., & de Jonge, P. (2017). The ten-year course of depression in primary care and long-term effects of psychoeducation, psychiatric consultation and cognitive behavioral therapy. *Journal of affective disorders*, 217, 174–182. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.064>
- Consejería de Sanidad. Servicio madrileño de Salud. (2019) Observatorio de resultados del servicio madrileño de salud. Recuperado de: <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/EstadoPoblacionDinamica.aspx>
- Corral, A., Espinoza, V., Yohannessen, K., Loyola, P., Balboa, P., & Torrejón, C. (2019). Trastornos de la alimentación en pacientes hospitalizados en un Servicio de Salud Mental Pediátrico [Eating behavior disorders in patients hospitalized in a Mental Health Service]. *Revista chilena de pediatría*, 90(3), 302–308. <https://doi.org/10.32641/rchped.v90i3.788>
- Cotrena, C., Branco, L. D., Kochhann, R., Shansis, F. M., & Fonseca, R. P. (2016).

- Quality of life, functioning and cognition in bipolar disorder and major depression: A latent profile analysis. *Psychiatry research*, 241, 289–296. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.102>
- COVID-19 Mental Disorders Collaborators (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet (London, England)*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)
- Dattani, S., Ritchie, H. & Roser, M. (diciembre 2021). Mental Health. Recuperado de: <https://ourworldindata.org/mental-health>
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976). The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of general psychiatry*, 33(6), 766–771. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770060086012>
- Federici, S., Bracalenti, M., Meloni, F., & Luciano, J. V. (2017). World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review. *Disability and rehabilitation*, 39(23), 2347–2380. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1223177>
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS medicine*, 10(11), e1001547. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001547>
- Ferrari, A. J., Stockings, E., Khoo, J. P., Erskine, H. E., Degenhardt, L., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2016). The prevalence and burden of bipolar disorder: findings from the Global Burden of Disease Study 2013. *Bipolar disorders*, 18(5), 440–450. <https://doi.org/10.1111/bdi.12423>
- García López, M.T., Martín Pérez, M.F. & Otín Llop, R. (2010) Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [online]. vol.30, n.2, pp.263-278. ISSN 2340-2733. Recuperado en 27 de enero de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352010000200005&lng=es&tlng=es.

- GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet (London, England)*, 392(10159), 1789–1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The lancet. Psychiatry*, 9(2), 137–150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- Gisbert, C. (2003). Rehabilitación psicosocial y tratamiento integral del trastorno mental severo. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Colección Estudios*. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/Rehabilitacionpsicosocialtratamientointegral.pdf>
- Goena Vives, J. & Molero Santos, P. (2019). Distimia. Recuperado de: <https://www.medicineonline.es/es-distimia-articulo-S0304541219302276>
- Gold L.H. (2014). DSM-5 and the assessment of functioning: the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42(2), 173–181. Reuperado de: <http://jaapl.org/content/42/2/173.long>
- Gómez, P., Enders, J. E., Alvarado, R., Cometto, M. C., & Fernández, A. R. (2015). Evaluación del funcionamiento psicosocial de los pacientes con trastornos mental. *Revista de la Facultad de Ciencias Medicas (Cordoba, Argentina)*, 72(4), 243–249. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v72.n4.13831>
- Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *Lancet (London, England)*, 387(10027), 1561–1572. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave (2009). Guía de Práctica Clínica de Intervenciones

Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/05. Recuperado de: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_453_TMG_ICS_resum.pdf

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente (2009). Fòrum de Salut Mental, coordinación. Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Guía de Práctica Clínica: AATRM. N° 2006/05-2. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf

Gspandl, S., Peirson, R. P., Nahhas, R. W., Skale, T. G., & Lehrer, D. S. (2018). Comparing Global Assessment of Functioning (GAF) and World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 in schizophrenia. *Psychiatry research*, 259, 251–253. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.10.033>

Harding, C. M., Brooks, G. W., Ashikaga, T., Strauss, J. S., & Breier, A. (1987). The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *The American journal of psychiatry*, 144(6), 727–735. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.6.727>

Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M., Alonso, J., & Grupo ESEMeD-España (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España [Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study]. *Medicina clinica*, 126(12), 445–451. <https://doi.org/10.1157/13086324>

Haro, J. M., Tyrovolas, S., Garin, N., Diaz-Torne, C., Carmona, L., Sanchez-Riera, L., Perez-Ruiz, F., & Murray, C. J. (2014). The burden of disease in Spain: results from the global burden of disease study 2010. *BMC medicine*, 12, 236.

<https://doi.org/10.1186/s12916-014-0236-9>

- Hernando Merino, E., Luisa Barrigón, M., & Baca-García, E. (2020). Protocolo de evaluación de la discapacidad en pacientes de Salud Mental. *Biblioteca Lascasas*, 15. Recuperado a partir de <http://ciberindex.com/c/lc/e12409>
- Hoehne, A., Giguère, C. E., Herba, C. M., & Labelle, R. (2021). Assessing Functioning across Common Mental Disorders in Psychiatric Emergency Patients: Results from the WHODAS-2. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 66(12), 1085–1093. <https://doi.org/10.1177/0706743720981200>
- Holmberg, C., Gremyr, A., Torgerson, J., & Mehlig, K. (2021). Clinical validity of the 12-item WHODAS-2.0 in a naturalistic sample of outpatients with psychotic disorders. *BMC psychiatry*, 21(1), 147. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03101-9>
- Instituto para la Métrica y Evaluación de la Salud (IHME). (diciembre 2021). Recuperado de: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J. J., Saha, S., Isohanni, M., Veijola, J., & Miettunen, J. (2013). A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 39(6), 1296–1306. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbs130>
- Jagielska, G., & Kacperska, I. (2017). Outcome, comorbidity and prognosis in anorexia nervosa. Przebieg choroby, współchorobowość i czynniki rokownicze w jadłowstręciu psychicznym. *Psychiatria polska*, 51(2), 205–218. <https://doi.org/10.12740/PP/64580>
- Jain, N., Arya, S., & Gupta, R. (2017). Predictors of Dropout from Outpatient Mental Health Services; A Study from Rohtak, India. *Journal of neurosciences in rural practice*, 8(4), 535–539. https://doi.org/10.4103/jnpr.jnpr_119_17
- Jaracz, K., Górna, K., Kiejda, J., Grabowska-Fudala, B., Jaracz, J., Suwalska, A., & Rybakowski, J. K. (2015). Psychosocial functioning in relation to symptomatic remission: A longitudinal study of first episode schizophrenia. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 30(8), 907–913. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.08.001>

- Jiménez-Maldonado, M.E., Gallardo-Moreno, G.B., Villaseñor-Cabrera, T., & González-Garrido, A.A. (2013). La distimia en el contexto clínico [Dysthymia in the Clinical Context]. *Revista colombiana de psiquiatria*, 42(2), 212–218. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(13\)70008-8](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(13)70008-8)
- Jobe, T. H., & Harrow, M. (2005). Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 50(14), 892–900. <https://doi.org/10.1177/070674370505001403>
- Kästner, D., Büchtemann, D., Warnke, I., Radisch, J., Baumgardt, J., Giersberg, S., Kopke, K., Moock, J., Kawohl, W., & Rössler, W. (2015). Clinical and functional outcome of assertive outreach for patients with schizophrenic disorder: Results of a quasi-experimental controlled trial. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 30(6), 736–742. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.003>
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International journal of methods in psychiatric research*, 21(3), 169–184. <https://doi.org/10.1002/mpr.1359>
- Konecky, B., Meyer, E. C., Marx, B. P., Kimbrel, N. A., & Morissette, S. B. (2014). Using the WHODAS 2.0 to assess functional disability associated with DSM-5 mental disorders. *The American journal of psychiatry*, 171(8), 818–820. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.14050587>
- Koopmans, A. B., van Hoeken, D., Clarke, D. E., Vinkers, D. J., van Harten, P. N., & Hoek, H. W. (2020). Proxy WHO Disability Assessment Schedule 2.0 Is Clinically Useful for Assessing Psychosocial Functioning in Severe Mental Illness. *Frontiers in psychiatry*, 11, 303. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00303>
- Kovess, V., Bughra, T., Carta, M.G. & Lethinen. (2004). The State of The Mental Health in the European Union. *European Commission*. Bruxelles. Recuperado de: https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_fr

[ep_06_en.pdf](#)

- Kraus, C., Kadriu, B., Lanzenberger, R., Zarate, C. A., Jr, & Kasper, S. (2019). Prognosis and improved outcomes in major depression: a review. *Translational psychiatry*, 9(1), 127. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0460-3>
- Ledford H. (2014). Medical research: if depression were cancer. *Nature*, 515(7526), 182–184. <https://doi.org/10.1038/515182a>
- Lehman, A. F., Lieberman, J. A., Dixon, L. B., McGlashan, T. H., Miller, A. L., Perkins, D. O., Kreyenbuhl, J., American Psychiatric Association, & Steering Committee on Practice Guidelines (2004). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition. *The American journal of psychiatry*, 161(2 Suppl), 1–56.
- Leonardi, M., Bickenbach, J., Ustun, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., & MHADIE Consortium (2006). The definition of disability: what is in a name?. *Lancet (London, England)*, 368(9543), 1219–1221. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69498-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69498-1)
- Ley 44/2003, 21 Noviembre, de Ordenación de Profesiones Sanitarias. *BOE núm. 280* de 22 de Noviembre de 2003. Vigencia desde 23 de Noviembre de 2003. Revisión vigente desde 29 de Marzo de 2014. Recuperado de: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/11/21/44/con>
- Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de Abril. *BOE 102* del 25-4-1986. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1986. Recuperado de: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>
- Liberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2005). Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 56(6), 735–742. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.6.735>
- López Gómez, D. (2006). Continuidad de cuidados y desarrollo de sistemas de apoyo comunitario: atención a personas con trastorno mental severo en el medio rural. *Rehabilitación psicosocial*;3 (1):17-25. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-psicosocial-272-articulo-continuidad-cuidados-desarrollo-sistemas-apoyo-13102378>

- Lora, A., Bezzi, R., & Erlicher, A. (2007). Estimating the prevalence of severe mental illness in mental health services in Lombardy (Italy). *Community mental health journal*, 43(4), 341–357. <https://doi.org/10.1007/s10597-006-9078-z>
- Löwe, B., Zipfel, S., Buchholz, C., Dupont, Y., Reas, D. L., & Herzog, W. (2001). Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychological medicine*, 31(5), 881–890. <https://doi.org/10.1017/s003329170100407x>
- Luciano, J. V., Ayuso-Mateos, J. L., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., Roca, M., & Haro, J. M. (2010). Psychometric properties of the twelve item World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II) in Spanish primary care patients with a first major depressive episode. *Journal of affective disorders*, 121(1-2), 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.05.008>
- Malhi, G. S., & Mann, J. J. (2018). Depression. *Lancet (London, England)*, 392(10161), 2299–2312. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)
- Marron, E.M. (2004). Factores determinantes en el abandono terapéutico en pacientes con trastornos mentales: el papel de la indiferencia aprendida (Tesis doctoral). *Universidad Complutense de Madrid*. Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/5188/1/T27495.pdf>
- McHugh, R. K., & Weiss, R. D. (2019). Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders. *Alcohol research : current reviews*, 40(1), arcr.v40.1.01. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.0>
- McIntyre, R. S., Berk, M., Brietzke, E., Goldstein, B. I., López-Jaramillo, C., Kessing, L. V., Malhi, G. S., Nierenberg, A. A., Rosenblat, J. D., Majeed, A., Vieta, E., Vinberg, M., Young, A. H., & Mansur, R. B. (2020). Bipolar disorders. *Lancet (London, England)*, 396(10265), 1841–1856. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31544-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31544-0)
- Mechanic, D., & Bilder, S. (2004). Treatment of people with mental illness: a decade-long perspective. *Health affairs (Project Hope)*, 23(4), 84–95. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.4.84>
- Ministerio de Educación y Ciencia. (30 junio 1998). Decreto 22 octubre 1970, núm.

- 3193/ 70, por el que se establece la especialización de “Psiquiatría” para los Ayudantes Técnicos Sanitarios. *BOE 9 noviembre 1970*. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/1974/08/22/pdfs/A17410-17411.pdf>
- Ministerio de la Presidencia. (30 junio 1998). Orden de 24 de junio de 1998 por la que se desarrolla el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, sobre la obtención del título de Enfermero Especialista. *BOE núm. 155*. Recuperado de: [https://www.boe.es/eli/es/o/1998/06/24/\(3\)](https://www.boe.es/eli/es/o/1998/06/24/(3))
- Ministerio de Relaciones con las Cortes y de Secretaría del Gobierno. (1 agosto 1987). Real Decreto 3 julio 1987, núm. 992/1987, que regula la obtención del título de Enfermero Especialista. *BOE núm. 183*. Recuperado de: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1987/07/03/992>
- Ministerio de sanidad (2021) Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Borrador versión 24/6/21. Recuperado de: <https://www.redaccionmedica.com/contenido/images/EstrategiaSaludMental-RedaccionMedica%282%29.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2006. Recuperado de: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2019). Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017. Serie informes monográficos #1 - SALUD MENTAL. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Recuperado de: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf
- Ministerio de sanidad, política social e igualdad. (2011). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Ministerio de sanidad, política social e igualdad; 94. Recuperado de: <http://www.sepsiq.org/file/Enlaces/SaludMental2009-2013.pdf>
- Moreno-Küstner, B., Martín, C., & Pastor, L. (2018). Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-

- analyses. *PLoS one*, 13(4), e0195687.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195687>
- Moskowitz, L., & Weiselberg, E. (2017). Anorexia Nervosa/Atypical Anorexia Nervosa. *Current problems in pediatric and adolescent health care*, 47(4), 70–84. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2017.02.003>
- Murray, C.J.L. and Lopez, A.D. (1996) The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Harvard School of Public Health, Boston. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41864>
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2011). *Common Mental Health Disorders: Identification and Pathways to Care*. British Psychological Society (UK). Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92266/>
- National Institute of Mental Health. (1987). Towards a model for a comprehensive community based mental health system. NIMH; *Washington, DC*. Recuperado de: <https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-almanac/national-institute-mental-health-nimh>
- Navas, O.W., Vargas, B.M.J. (2012). Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Rev Med Cos Cen*. 69(604):497-507. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=38298>
- Nazar, B. P., Gregor, L. K., Albano, G., Marchica, A., Coco, G. L., Cardi, V., & Treasure, J. (2017). Early Response to treatment in Eating Disorders: A Systematic Review and a Diagnostic Test Accuracy Meta-Analysis. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, 25(2), 67–79. <https://doi.org/10.1002/erv.2495>
- OECD. (2014). Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care, OECD Health Policy Studies.
- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (ORCSM). Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020 (2018.^a ed.). *BOCM*. Recuperado de:

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/asis/12_junio_pla_n_de_salud_mental_2018-2020.pdf

- Olagunju, A. T., Adegbaaju, D. A., & Uwakwe, R. (2016). Disability among Attendees with Schizophrenia in a Nigerian Hospital: Further Evidence for Integrated Rehabilitative Treatment Designs. *Mental illness*, 8(2), 6647. <https://doi.org/10.4081/mi.2016.6647>
- Olariu, E., Forero, C. G., Álvarez, P., Castro-Rodriguez, J. I., Blasco, M. J., Alonso, J., & INSAyD Investigators (2015). Asking patients about their general level of functioning: Is IT worth IT for common mental disorders?. *Psychiatry research*, 229(3), 791–800. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.088>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. *Washington, DC*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34006>
- Ovalle, M. (2006). Las Especialidades de Enfermería en Europa. *Revista Especialidades Enfermeras*; 2(2).
- Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L., & Alonso, J. (2014). Cost of disorders of the brain in Spain. *PloS one*, 9(8), e105471. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105471>
- Pinto-Meza, A., Haro, J. M., Palacín, C., Torres, J. V., Ochoa, S., Vilagut, G., Martínez-Alonso, M., Codony, M., & Alonso, J. (2007). Impacto de los trastornos del ánimo, de ansiedad y de las enfermedades físicas crónicas en la calidad de vida de la población general de España. Resultados del estudio ESEMeD-España [The impact of mood and anxiety disorders, and physical chronic conditions in the quality of life of general population of Spain. Results of the ESEMeD-Spain study]. *Actas espanolas de psiquiatria*, 35 Suppl 2, 12–20.
- Puerto Barrio, A.M. (2017). La patología psiquiátrica en la incapacidad permanente (Tesis doctoral). *Universidad de Extremadura*. Recuperado de: https://dehesa.unex.es/bitstream/10662/6146/1/TDUEX_2017_Puerto_Barrío.pdf
- Rao, S., & Broadbear, J. (2019). Borderline personality disorder and depressive

- disorder. *Australasian psychiatry : bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 27(6), 573–577.
<https://doi.org/10.1177/1039856219878643>
- Rehm, J., & Shield, K. D. (2019). Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. *Current psychiatry reports*, 21(2), 10.
<https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>
- Reneses, B., Muñoz, E., & López-Ibor, J. J. (2009). Factors predicting drop-out in community mental health centres. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 8(3), 173–177.
<https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00246.x>
- Rodríguez Gallego, M.B. (2016). Patologías psiquiátricas como causa de incapacidad permanente (Tesis doctoral). *Universidad de Malaga*. Recuperado de:
<https://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/12160>
- Romera, I., Perez, V., & Gilaberte, I. (2013). Remission and functioning in major depressive disorder. *Actas españolas de psiquiatria*, 41(5), 263–268.
<https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio//15/85/ENG/15-85-ENG-263-268-956516.pdf>
- Roth, C., Wensing, M., Koetsenruijter, J., Istvanovic, A., Novotni, A., Tomcuk, A., Dedovic, J., Djurismic, T., Milutinovic, M., Kuzman, M. R., Nica, R., Bjedov, S., Medved, S., Rotaru, T., Hipple Walters, B., Petrea, I., & Shields-Zeeman, L. (2021). Perceived Support for Recovery and Level of Functioning Among People With Severe Mental Illness in Central and Eastern Europe: An Observational Study. *Frontiers in psychiatry*, 12, 732111.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.732111>
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 177, 149–155.
<https://doi.org/10.1192/bjp.177.2.149>
- Saragoussi, D., Christensen, M. C., Hammer-Helmich, L., Rive, B., Touya, M., & Haro, J. M. (2018). Long-term follow-up on health-related quality of life in major depressive disorder: a 2-year European cohort study. *Neuropsychiatric disease*

- and treatment*, 14, 1339–1350. <https://doi.org/10.2147/NDT.S159276>
- Schultz, J.M., Videbeck, S.L. (2013). Enfermería psiquiátrica. Planes de cuidados. México: Editorial El Manual Moderno. Recuperado de: https://www.academia.edu/34001277/Enfermer%C3%ADa_psiqui%C3%A1trica_Planes_de_cuidados
- Sedano-Capdevila, A., Barrigón, M. L., Delgado-Gomez, D., Barahona, I., Aroca, F., Peñuelas-Calvo, I., Miguelez-Fernandez, C., Rodríguez-Jover, A., Amodeo-Escribano, S., González-Granado, M., & Baca-García, E. (2018). WHODAS 2.0 as a Measure of Severity of Illness: Results of a FLDA Analysis. *Computational and mathematical methods in medicine*, 2018, 7353624. <https://doi.org/10.1155/2018/7353624>
- Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008). Hacer de la recuperación una realidad. Servicio Andaluz de Salud. Versión original en inglés. *Sainsbury Centre for Mental Health*. Recuperado de: https://aen.es/wp-content/uploads/docs/Hacer_Recuperacion_Realidad.pdf
- Shields-Zeeman, L., Petrea, I., Smit, F., Walters, B. H., Dedovic, J., Kuzman, M. R., Nakov, V., Nica, R., Novotni, A., Roth, C., Tomcuk, A., Wijnen, B., & Wensing, M. (2020). Towards community-based and recovery-oriented care for severe mental disorders in Southern and Eastern Europe: aims and design of a multi-country implementation and evaluation study (RECOVER-E). *International journal of mental health systems*, 14, 30. <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00361-y>
- Shiffman, S., Stone, A.A., & Hufford, M.R. (2008). Ecological momentary assessment. *Annual review of clinical psychology*, 4, 1–32. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091415>
- Siles, J. (1996). Pasado, presente y futuro de la Enfermería en España. Perspectiva Histórica y Epistemológica. Alicante: CECOVA. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=101750>
- Silva, M. A., & Restrepo, D. (2019). Functional Recovery in Schizophrenia/Recuperación funcional en la esquizofrenia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(4), 252. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/en-revista->

[revista-colombiana-psiquiatria-379-articulo-recuperacion-funcional-esquizofrenia-S0034745017301142](https://doi.org/10.1177/0706743716632514)

- Sjonnesen, K., Bulloch, A. G., Williams, J., Lavorato, D., & B Patten, S. (2016). Characterization of Disability in Canadians with Mental Disorders Using an Abbreviated Version of a DSM-5 Emerging Measure: The 12-Item WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, *61*(4), 227–235. <https://doi.org/10.1177/0706743716632514>
- Soriano, J. B., Rojas-Rueda, D., Alonso, J., Antó, J. M., Cardona, P. J., Fernández, E., Garcia-Basteiro, A. L., Benavides, F. G., Glenn, S. D., Krish, V., Lazarus, J. V., Martínez-Raga, J., Masana, M. F., Nieuwenhuijsen, M. J., Ortiz, A., Sánchez-Niño, M. D., Serrano-Blanco, A., Tortajada-Girbés, M., Tyrovolas, S., Haro, J. M., ... Lista de colaboradores de GBD en España: (2018). The burden of disease in Spain: Results from the Global Burden of Disease 2016. La carga de enfermedad en España: resultados del Estudio de la Carga Global de las Enfermedades 2016. *Medicina clinica*, *151*(5), 171–190. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2018.05.011>
- Stice, E., Marti, C. N., & Rohde, P. (2013). Prevalence, incidence, impairment, and course of the proposed DSM-5 eating disorder diagnoses in an 8-year prospective community study of young women. *Journal of abnormal psychology*, *122*(2), 445–457. <https://doi.org/10.1037/a0030679>
- Thomas, C. C., Rathod, S. D., De Silva, M. J., Weiss, H. A., & Patel, V. (2016). The 12-item WHO Disability Assessment Schedule II as an outcome measure for treatment of common mental disorders. *Global mental health (Cambridge, England)*, *3*, e14. <https://doi.org/10.1017/gmh.2016.7>
- Ustün, B., & Kennedy, C. (2009). What is "functional impairment"? Disentangling disability from clinical significance. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *8*(2), 82–85. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00219.x>
- Ustün, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J., Kennedy, C., Epping-Jordan, J., Saxena, S., von Korff, M., Pull, C., & WHO/NIH Joint Project (2010).

- Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(11), 815–823. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.067231>
- Üstün, T.B., Kostanjsek, N.F., Chatterji, S., & Rehm, J. (2010). Measuring health and disability : manual for WHO Disability Assessment Schedule : WHODAS 2.0. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43974>
- Vázquez-Barquero, J. L. (2006). Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud: (Versión española del World Health Organization Disability Assessment Schedule II): WHO-DAS II. *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones*. Recuperado de: https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=449_6f9f03b4-ffa5-4327-a4e5-4e5ed73c2c27.pdf
- Velázquez R., A., Sánchez Sosa, J., Lara, M. del, & Senties, H. (2000). El abandono del tratamiento psiquiátrico: motivos y contexto institucional. *Revista De Psicología*, 18(2), 315-340. <https://doi.org/10.18800/psico.200002.005>
- Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The lancet. Psychiatry*, 3(2), 171–178. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)
- Ware, J., Jr, Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care*, 34(3), 220–233. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>
- Wood PHN. (1990). The International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps of the World Health Organization. En R. Leidl, P. Potthoff, & D. Schwefel (Eds.), *European Approaches to Patient Classification Systems: Methods and Applications Based on Disease Severity, Resource Needs, and Consequences*. 1990:83-101. Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-75593-4_7
- World Health Organization. (1992). Tenth revision of the International Classification of Diseases and related health problems (ICD-10). *Geneva, Switzerland: WHO*.

https://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf

World Health Organization. (2001). The World Health Report 2001. Mental Health. New understanding, new hope. *Geneve: WHO.*

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>

World Health Organization. (2001a). Fortaleciendo la promoción de la salud mental. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (Hoja informativa, No. 220).

World Health Organization. (2013). Asamblea Mundial de la Salud, 66. Proyecto de plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020: Informe de la Secretaría.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/150914>

World Health Organization. (2015). Atlas of Mental Health 2014. Available at:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011_eng.pdf?ua=1&ua=1

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2015a). The European Mental Health Action Plan 2013–2020. *World Health Organization. Regional Office for Europe.*

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/175672>

World Health Organization. (2000). World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS). *Geneva: World Health Organization.* Recuperado de:

<https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health/who-disability-assessment-schedule>

World Health Organization. (2001b). Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud : CIF : versión abreviada, Versión abreviada. Organización Mundial de la

Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43360>

World Health Organization. (2017). International classification of functioning, disability and health (ICF). *Geneva: World Health Organization.* Recuperado de:

<https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health#:~:text=ICF%20is%20the%20WHO%20framework,and%20measure%20health%20and%20disability.>

World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of

Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

Yoo, J. I., Park, J. S., Kim, R. B., Seo, A. R., Park, Y. J., Kim, M. J., & Park, K. S. (2018). WHO disability assessment schedule 2.0 is related to upper and lower extremity disease-specific quality of life. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 27(9), 2243–2250. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1869-5>

Zhou, W., Liu, Q., Yu, Y., Xiao, S., Chen, L., Khoshnood, K., & Zheng, S. (2020). Proxy reliability of the 12-item world health organization disability assessment schedule II among adult patients with mental disorders. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 29(8), 2219–2229. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02474-w>

TABLAS

<i>Tabla 1. Proporción de población con algún trastorno mental en 2019 en España.</i>	19
<i>Tabla 2. Definiciones conceptuales y criterios de recuperación en esquizofrenia.</i>	33
<i>Tabla 3. Evolución de los trastornos afectivos</i>	38
<i>Tabla 4. Evaluación multiaxial comparativa.</i>	44
<i>Tabla 5. Características sociodemográficas</i>	80
<i>Tabla 6. Puntuaciones de la muestra total y comparación entre TMG y TMC para el cuestionario WHODAS 2.0 y sus dominios.</i>	81
<i>Tabla 7. Análisis multivariante para el dominio "Trabajo"</i>	82
<i>Tabla 8. Análisis multivariante para el dominio "Participación en la sociedad"</i>	83
<i>Tabla 9. Puntuaciones de la muestra total y comparación entre participantes que han completado el seguimiento y perdidos para el cuestionario WHODAS 2.0 y sus dominios.</i>	85
<i>Tabla 10. Evolución anual en la escala WHODAS 2.0 para el total de la muestra</i>	86
<i>Tabla 11. Evolución anual en la escala WHODAS 2.0 en pacientes con TMG</i>	87
<i>Tabla 12. Evolución anual en la escala WHODAS 2.0 en pacientes con TMC.</i>	88

FIGURAS

<i>Figura 1. Prevalencia de algunos trastornos mentales en 2019 en España</i>	20
<i>Figura 2. Prevalencia de trastornos mentales en 2019 a nivel mundial</i>	20
<i>Figura 3. Prevalencia de “alguna enfermedad mental” (ansiedad, depresión u otros problemas mentales) según sexo y grupo de edad (%).</i>	22
<i>Figura 4. Prevalencia de distintos problemas de salud mental en población de 15 y más años según sexo (%).</i>	22
<i>Figura 5. Prevalencia de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) por trastornos mentales en 2019 a nivel mundial.</i>	26
<i>Figura 6. AVAD globales por trastorno mental, sexo y edad en 2019 en España</i>	27
<i>Figura 7. Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por enfermedades neuropsiquiátricas. Comunidad de Madrid, 2015.</i>	28
<i>Figura 8. Evolución del trastorno bipolar</i>	35
<i>Figura 9. Número de personas atendidas por problemas de salud mental en los últimos años en Comunidad de Madrid.</i>	50
<i>Figura 10. Actividad de consultas ambulatorias en el periodo 2002-2016.</i>	51
<i>Figura 11. Red de atención de Salud Mental de la Comunidad de Madrid</i>	52
<i>Figura 12. Comparación de puntuaciones WHODAS 2.0 basales y anuales</i>	86
<i>Figura 13. Evolución anual en la escala WHODAS 2.0 en pacientes con TMG</i>	88
<i>Figura 14. Evolución anual en la escala WHODAS 2.0 en pacientes con TMC.</i>	89

APÉNDICES



Protocolo de evaluación de la discapacidad en pacientes de Salud Mental

Elena Hernando Merino,¹ María Luisa Barrigón,^{2,3} Enrique Baca-García^{1,2,3,4,5,6,7}

¹Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Infanta Elena (Valdemoro, España). ²Departamento de Psiquiatría, Hospital Fundación Jiménez Díaz (Madrid, España). ³Departamento de Psiquiatría, Universidad Autónoma (Madrid, España). ⁴Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Rey Juan Carlos (Móstoles, España). ⁵Departamento de Psiquiatría, Hospital General de Villalba (Madrid, España). ⁶CIBERSAM (Centro de Investigación en Salud Mental), Instituto de Salud Carlos III (Madrid, España). ⁷Universidad Católica del Maule (Talca, Chile)

Correspondencia: elena.hernando@quironsalud.es (Elena Hernando Merino)

Resumen

Los problemas de salud mental son una prioridad de salud pública a nivel mundial y es frecuente que conlleven una discapacidad. El objetivo general es estudiar la discapacidad, medida mediante la escala WHODAS 2.0, en los pacientes atendidos a lo largo de un año en la consulta de la enfermera especialista en Salud Mental en el Hospital Infanta Elena de Valdemoro (Madrid). Es un estudio descriptivo longitudinal que se llevará a cabo entre 2017 y 2020. El estudio se realizará en pacientes con trastornos mentales, tanto graves como comunes, diagnosticados según los criterios CIE 10. Con los datos recogidos, se elaboran dos estudios, descriptivo/comparativo y de seguimiento. Además, estos datos servirán para ser usados como base para futuros estudios donde se evalúe la eficacia de la intervención enfermera.

Palabras clave: Discapacidad. Funcionalidad. Evaluación. Trastorno mental. WHODAS.

Protocol of evaluation of disability in patients of Mental health

Abstract

Mental health problems are a priority for public health around the world and they often involve a disability. Our general objective is to study disability, measured by the WHODAS 2.0 scale, in patients attended during one year in the specialist nurse's consultation of the in Mental Health Facility at Infanta Elena Hospital of Valdemoro (Madrid). This is a longitudinal descriptive study which will be carried out between 2017 and 2020. The study will be carry out in patients diagnosed with mental disorders, according to CIE 10, both serious and common disorders. Based on the data collected, two studies will be elaborated, one descriptive/comparative study and another follow-up study. In addition, these data will be used as a basis for future studies where the effectiveness of the nursing intervention will be evaluated.

Key-words: Disability. Functionality. Evaluation. Mental disorder. WHODAS.

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los problemas de salud mental constituyen una prioridad de la salud pública a nivel mundial. Se estima que 450 millones de personas los sufren¹. Los trastornos mentales se pueden diferenciar en trastornos mentales graves y comunes.

La definición de trastorno mental grave (TMG) más aceptada internacionalmente es la que formuló el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH) en 1987, que lo define como “un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos socio-sanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”². Entre los TMG se encuentran los trastornos esquizofrénicos y delirantes, los trastornos bipolares y algunos trastornos neuróticos y de personalidad graves³.

La prevalencia del Trastorno Mental Grave (TMG) se estima entre el 0,6 % y el 1% de la población, lo que en nuestro entorno, en la Comunidad de Madrid, supone entre 39.000 y 65.000 personas. Se cree que un 3% de la población puede presentar un trastorno psicótico en algún momento de su vida y que en un año, unas 650 personas tendrán un primer episodio psicótico⁴.

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo. Se estima que entre 7 y 8 personas por mil padecerán esquizofrenia a lo largo de su vida, siendo la prevalencia puntual de 4,6 por mil. Cuando utilizamos una definición amplia de psicosis, la prevalencia a lo largo de la vida es de entorno a un 3%. La incidencia de la enfermedad se sitúa cerca del 1 por diez mil al año. Se estima que en España padecen este trastorno unas 400.000 personas y muchas otras están sin diagnosticar⁵.

Por otro lado, los trastornos mentales comunes son aquellos que no requieren habitualmente la intervención de más de un profesional, y que incluyen los trastornos del estado de ánimo, como la distimia y el episodio depresivo mayor unipolar; y los trastornos de ansiedad, que incluyen el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastornos fóbicos y trastorno por estrés postraumático⁶.

Se calcula que la depresión afecta a 350 millones de personas en el mundo y España se sitúa a la cabeza de Europa. En la Encuesta europea de salud de 2014, la prevalencia de cuadros depresivos en la Comunidad de Madrid es superior en las mujeres con respecto a los hombres en todos los tramos especialmente en las mayores de 64 años⁵.

La discapacidad es una dificultad para funcionar a nivel corporal, personal o social en uno o más dominios de la vida, tal como lo experimenta un individuo con un problema de salud en interacción con factores contextuales⁷. Cerca del 15% de la población mundial presenta alguna discapacidad⁸. Así, entre las 10 primeras causas de discapacidad mundial se encuentran la depresión, los trastornos por abuso de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Recientemente, una estimación indica que los trastornos mentales, neurológicos y de uso de sustancias se encuentran entre las principales causas de discapacidad en el mundo, representando el 11.7% de años de vida perdidos por discapacidad (AVAD). Dentro de estos, los trastornos depresivos representan más del 40% de los AVAD, con otro 10% debido a los trastornos por consumo de alcohol y el 7% de la psicosis. Estas estimaciones han aumentado en un 15%, de 2005 a 2015, principalmente debido al envejecimiento de la población⁹. En Europa, los tres trastornos con mayor carga de enfermedad son la depresión (7,2%), demencias (3,7%) y el abuso de alcohol (3,4%)¹⁰. La OMS calcula que en 2020, los trastornos mentales y neurológicos serán responsables del 15% del total de AVAD. Para el año 2020, la depresión se convertirá en la segunda causa mundial de discapacidad y se espera que en 2030 sea la principal causa mundial de AVAD^{11, 12}. El grado de deterioro funcional en la depresión es similar al producido por otras enfermedades crónicas (diabetes, cáncer, infarto, ictus, etc.) y equivalente a una edad doce años mayor que la real¹³.

Por tanto, los trastornos de salud mental son un factor importante que contribuye a la carga global de la enfermedad. Un estudio reciente sugiere que la carga global de enfermedad mental es 32.4% de años vividos con discapacidad y 13% de años de vida ajustados por discapacidad¹⁴.

La salud mental de la población española se ha valorado en la última Encuesta Nacional de Salud de 2012¹⁵. Las enfermedades neuropsiquiátricas constituyen la primera causa de carga de enfermedad en la población madrileña, al igual que en el resto de España. El componente de años vividos con discapacidad tiene un peso muy superior (en 2012

un 93%), al correspondiente a la mortalidad, especialmente en las edades medias de la vida. La carga de enfermedad para los trastornos mentales y las enfermedades neurológicas en la Comunidad de Madrid en 2015 tiene un peso especialmente alto en los jóvenes y adultos menores de 45 años (principalmente debido a depresión), con un predominio en mujeres para todos los grupos de edad ⁵.

Debido al gran volumen de trastornos mentales, la evaluación de los resultados de discapacidad de las intervenciones de salud mental ha sido seleccionada como una de las 25 principales prioridades de investigación para el campo de salud mental global ¹⁶. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre con la enfermedad física, la discapacidad debida a patología psiquiátrica ha recibido poca atención en el ámbito social, y no es frecuente la evaluación sistemática de la funcionalidad de los pacientes en seguimiento en salud mental en el contexto clínico. Contar con indicadores del grado de discapacidad permite a los profesionales medir el impacto para un paciente específico, decidir el tipo de ayuda que necesita y evaluar la efectividad del tratamiento y/o de la intervención.

Para incorporar todos estos aspectos en el proceso de evaluación de la funcionalidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló un modelo biopsicosocial llamado Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (ICF, 2000) con el objetivo de describir y clasificar el estado de salud de las personas, teniendo en cuenta las funciones y estructuras del cuerpo, las actividades y la participación y los factores ambientales ⁷. Dada la complejidad del sistema ICF para usarlo en la práctica diaria, la OMS desarrolló el Programa de evaluación de la discapacidad 2.0 (WHODAS 2.0), que está traducido a más de diez idiomas ^{11,17,18}. Está avalado por muchos estudios como una medida útil del deterioro funcional en los trastornos psiquiátricos ^{19,20}. La forma más extendida y evaluada de WHODAS 2.0 es la versión de entrevista estructurada de 36 ítems (anexo 1), que tarda aproximadamente 20 minutos en completarse y tiene excelentes propiedades psicométricas: una consistencia interna alta, una fiabilidad test-retest alta y una buena validez concurrente en la clasificación del paciente en comparación con otros instrumentos de medición de discapacidad reconocidos ^{11,21}. Actualmente, el DSM-5 recomienda el reemplazo de GAF por WHODAS 2.0 para aumentar la confiabilidad de los puntajes de discapacidad ²⁰. Pese a sus ventajas, WHODAS tiene ciertas limitaciones a tener en cuenta como que no es aplicable en niños y jóvenes y no valora las deficiencias corporales y los factores ambientales ^{11,22}.

La funcionalidad está dentro del concepto de salud y por tanto, se debe evaluar dentro de la valoración enfermera con el fin de direccionar la actuación de enfermería hacia la prevención y el mantenimiento de esa capacidad funcional. Así, las personas que tienen una enfermedad y grado de discapacidad específico pueden verse favorecidas no sólo por intervenciones dirigidas a disminuir sus síntomas, sino también por aquellas diseñadas para prevenir y/o modificar el deterioro funcional y las barreras del contexto. Esto permitirá diseñar intervenciones completamente integrales y orientadas a la calidad de vida de los pacientes y sus familias, como aquellas dirigidas a la rehabilitación.

Según la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, la asistencia que se le puede brindar al paciente con TMG dentro de la Red de Salud Mental es variada, teniendo en cuenta que en estos años ha habido un aumento de recursos sociosanitarios creándose la necesidad de desarrollar una coordinación entre los diferentes recursos ²⁴.

Para ello se ha establecido el Programa de Continuidad de Cuidados. La base sobre la que se sustenta la atención en Salud Mental dentro del distrito es el Centro de Salud Mental (CSM), lugar donde se encuentran los profesionales responsables de cada paciente y eje de la derivación y coordinación con los distintos recursos. En estos casos se precisa de un profesional de referencia. El Coordinador de Cuidados es el responsable de definir y coordinar el Plan de Atención Individualizado. Sus funciones corresponden con las competencias inherentes a los profesionales de Enfermería ⁵. Así lo describe la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003, 21 Noviembre): “Corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades” ²⁴.

Teniendo en cuenta esto, el tipo de atención que preste la enfermera de Salud Mental, influirá de forma importante en la evolución y el pronóstico en la calidad de vida de las personas con trastornos mentales. El papel de la enfermera contribuye a mantener un adecuado sistema de cuidados, mediante la elaboración de un plan individualizado y la asignación de un gestor del caso, que además facilita la coordinación entre todos los dispositivos de la Red de Salud Mental. Este aspecto es imprescindible para poder adecuar la atención integral y la continuidad de cuidados de estas

personas.

Objetivos

El objetivo general de este trabajo es estudiar la discapacidad, medida mediante la escala WHODAS 2.0, en los pacientes atendidos a lo largo de un año en la consulta de la enfermera especialista en Salud Mental en el CSM del Hospital Infanta Elena de Valdemoro (Madrid).

De forma específica se evaluará a todos los pacientes atendidos en esta consulta y:

- Se realizará una descripción de la discapacidad de estos pacientes, medida de forma global y en cada uno de los dominios de funcionamiento incluidos en la WHODAS 2.0.
- Se comparará la discapacidad según diagnósticos específicos, y según la categoría trastorno mental grave versus trastorno mental común.
- Se evaluarán los cambios en la discapacidad a lo largo de un año de seguimiento.

Metodología

Diseño del estudio

Este es un estudio no experimental descriptivo longitudinal que se llevará a cabo entre 2017 y 2020.

Ámbito de estudio

El estudio se realizará en pacientes con trastornos mentales, tanto graves como comunes, diagnosticados según los criterios CIE 10²⁶, en seguimiento por la enfermera especialista en Salud Mental en el CSM del Hospital Infanta Elena de Valdemoro (Madrid), previamente derivados por parte de psiquiatras o psicólogos del propio centro.

El CSM consta de tres consultas de psiquiatría de adultos, dos de psicología de adultos, una de psiquiatría infantil, una de psicología infantil y la consulta de enfermería de Salud Mental. Para este estudio no se tendrán en cuenta las consultas de psiquiatría y psicología infantil.

El Hospital Universitario Infanta Elena fue inaugurado en noviembre de 2007. Es un centro sanitario integrado en la red sanitaria pública de la Comunidad de Madrid, ubicado en Valdemoro, que ofrece una asistencia a más de 110.000 ciudadanos. Atiende a los vecinos de Valdemoro, Ciempozuelos, Titulcia y San Martín de la Vega, así como a otros ciudadanos procedentes de otras áreas de salud. El servicio de Psiquiatría de este hospital está integrado en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz de Madrid.

Sujetos de estudio

El estudio se realizará en pacientes derivados por los psiquiatras y psicólogos, según el criterio clínico habitual, con cualquier diagnóstico (trastornos mentales tanto graves como comunes), diagnosticado según los criterios CIE 10²⁶. Los criterios de inclusión serán: (a) adultos (18-65 años) (b) Consentimiento del participante para participar. Los criterios de exclusión serán: (1) trastorno cognitivo, (2) paciente en momento de descompensación clínica que afecte su capacidad de colaboración o en riesgo suicida y (3) analfabetismo o barrera idiomática.

Inicialmente, se plantea la inclusión de un mínimo de 100 pacientes. Se realizará un muestreo consecutivo entre los pacientes citados en la agenda de la enfermera en el periodo de diciembre de 2017 a mayo 2018, y se les ofrecerá participar a todos ellos.

Recogida de datos

En la fase de reclutamiento, para todos los pacientes que accedieron a participar se recogieron las siguientes variables de interés: 1) datos sociodemográficos, 2) datos clínicos: diagnóstico CIE 10²⁵ y tratamiento y, 3) la escala WHODAS 2.0.

Todos los cuestionarios empleados en este estudio se han administrado en una versión electrónica, integrada en la herramienta web multiplataforma MEMind²⁶. MEMind es una herramienta web utilizada en el Departamento de Psiquiatría de la FJD desde mayo de 2014 como parte de la actividad clínica estándar. Esta aplicación web está disponible a través de la página web www.memind.net y en formato app para SmartphonesTM o TabletsTM, tanto para Android como para iOS. MEMind tiene dos interfaces, una para los clínicos, a modo de registro clínico electrónico y otra para los pacientes, con potencialidad para realizar evaluaciones frecuentes o “Evaluaciones Momentáneas Ecológicas” (EMA)²⁷. La interfaz del clínico está diseñada para recoger los datos habituales de una evaluación de salud mental incluyendo información sociodemográfica (sexo, fecha de nacimiento, país de nacimiento, convivencia, estado civil y situación laboral), diagnóstica (codificados según la CIE-10), terapéutica (tratamiento psiquiátrico y no psiquiátrico) y anotaciones de la enfermera (constantes vitales y medidas antropométricas); a estos datos básicos se les puede agregar una serie de cuestionarios personalizables en función del paciente concreto, para este estudio se añadió la WHODAS 2.0. La interfaz del paciente en su versión consta de tres apartados: 1) ¿Cómo estás hoy? 2) Cuestionario de salud general 3) Notas, su contenido es personalizable igual que la interfaz del clínico, pudiéndose programar las evaluaciones con la frecuencia deseada. Los pacientes fueron informados de que esta sección no podía usarse para una comunicación directa con el clínico, y que en caso de emergencia o empeoramiento significativo de sus síntomas, debía acudir a su centro de atención médica de inmediato. Para este estudio sólo se empleará información de la interfaz del clínico²⁶.

Para la evaluación de la funcionalidad se utilizará la escala de evaluación del funcionamiento psicosocial (WHODAS 2.0), elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La enfermera fue capacitada en su uso en diciembre de 2016, junto al resto de personal clínico del departamento de psiquiatría en una reunión formativa. Esta escala mide la dificultad que ha tenido la persona para realizar actividades diarias durante un período de 30 días. Consiste en 36 preguntas con formato Likert, divididas en seis dominios: Cognición –comprensión y comunicación (D1; seis ítems); Movilidad –movilidad y desplazamiento (D2; cinco ítems); Cuidado personal –cuidado de la propia higiene, posibilidad de vestirse, comer, y quedarse solo (D3; cuatro ítems); Relaciones –interacción con otras personas (D4; cinco ítems); Actividades cotidianas –responsabilidades domésticas, tiempo libre, trabajo y escuela (D5; ocho ítems); y Participación –participación en actividades comunitarias y en la sociedad (D6; ocho ítems). La puntuación final varía de 0-100 con puntajes más altos que indican una mayor gravedad de la discapacidad¹⁷.

A lo largo del año de seguimiento, los pacientes participantes en este estudio serán atendidos por la misma enfermera y recibirán la intervención enfermera habitual, no manualizada, adecuándose a las necesidades propias de su estado clínico. La enfermera usará las estrategias y el número de sesiones que considere apropiadas de un repertorio variado incluyendo entrevista motivacional, educación para la salud y psicoeducación sobre la conciencia de la enfermedad, la adherencia al tratamiento, el cumplimiento de hábitos saludables, la resolución de problemas y las habilidades de asertividad, el manejo del estrés y la ansiedad, la exposición gradual y la prevención de recaídas.

Cada paciente será evaluado en tres momentos a lo largo del seguimiento: basal, seis meses y un año.

Todos los cuestionarios pueden verse en los Anexos

Análisis de los datos

En un primer momento se realizará un análisis descriptivo de todas las variables recogidas para conocer las características y nivel de discapacidad de los pacientes atendidos. Para las variables cualitativas se utilizará el número de casos y porcentajes, para las variables cuantitativas se utilizará la media y la desviación típica o mediana y rango intercuartílico según sigan o no una distribución normal

En un segundo momento se llevará a cabo un análisis comparativo de las puntuaciones en discapacidad (global y por dominios) según el diagnóstico del paciente, se empleará el test estadístico correspondiente (T-Student o ANOVA o sus equivalentes no paramétricos en caso de no cumplirse la condición de normalidad) y un análisis de la evolución de la puntuación de la WHODAS mediante el test T de Student para medidas repetidas.

Cronograma

- Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d' Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2.
4. Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020. Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental.
 5. Plan de Salud 2013-2018. Estrategia de salud mental. Gobierno de Cantabria
 6. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017.
 7. WHO. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) 2017.
 8. Leonardi M, Bickenbach J, Üstün TB, *et al.* The definition of disability: what is in a name? *Lancet*, 368 (2006), pp. 1219-1221
 9. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002–2030. *PLoS Med.* 2006;3:2011.
 10. Kassebaum NJ, Arora M, Barber RM, Bhutta ZA, Carter A, Casey DC, Charlson FJ, Coates MM, Coggeshall M, Cornaby L. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015. *Lancet.* 2016
 11. Üstün TB., Chatterji S, Kostanjsek N, Rehm J, Kennedy C, Epping-Jordan J, Saxena S, von Korf M, Pull C, World Health Organization. National Institutes of Health. Developing the world health organization disability assessment schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization.* 2010;88(11):815–823.
 12. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJ, Vos T, Whiteford HA (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Medicine* 10, e1001547.
 13. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 *Lancet*, 390 (2017)
 14. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry.* 2016;3:171–8
 15. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud; 1987.
 16. Thomas CC, Rathod SD, De Silva MJ, Weiss HA, Patel V. The 12-item WHO Disability Assessment Schedule II as an outcome measure for treatment of common mental disorders. *Global Mental Health.* 2016;3:e14.
 17. WHO. WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) 2017.
 18. Federici S, Bracalenti M, Meloni F, Luciano JV. World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review. *DisabilRehabil.* 2017 Nov;39(23):2347-2380.
 19. American Psychiatric Association . *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
 20. Konecky B, Meyer EC, Marx BP, Kimbrel NA, Morissette SB. Using the WHODAS 2.0 to assess functional disability associated with mental disorders. *The American journal of psychiatry.* 2014;171(8):818-820.
 21. Gspandl S, Peirson RP, Nahhas RW, Skale TG, Lehrer DS. Comparing Global Assessment of Functioning (GAF) and World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2017 Oct 27;259:251-253.
 22. Sedano-Capdevila A, Barrigón ML, Delgado-Gomez D, *et al.* WHODAS 2.0 as a Measure of Severity of Illness: Results of a FLDA Analysis. *Computational and Mathematical Methods in Medicine.* 2018;2018:7353624.
 23. Ley 44/2003, 21 Noviembre, de Ordenación de Profesiones Sanitarias. Publicado en BOE núm. 280 de 22 de Noviembre de 2003. Vigencia desde 23 de Noviembre de 2003. Revisión vigente desde 29 de Marzo de 2014
 24. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Sanidad 2011. Ministerio de sanidad, política social e igualdad.
 25. World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid : Editorial Médica Panamericana.
 26. Barrigón M. L., Berrouguet S., Carballo J. J., *et al.* User profiles of an electronic mental health tool for ecological momentary assessment: MEmind. *International Journal of Methods in Psychiatric Research.* 2017;26(1)
 27. Shiffman S, Stone AA, Hufford MR. Ecological Momentary Assessment. *Annual Review of Clinical Psychology.* 2008;4:1–32.

Anexos

Anexo 1: Entrevista OMS

MeMind Dashboard Pacientes Protocolo Reportes Documentos

Doctor Inicio / Dashboard / Doctor / Paciente

Código de identificación de paciente:

1 Sociodemográfica 2 Diagnóstico 3 Situación social / Acontecimientos 4 Tratamientos 5 Enfermería 6 Preambulos/Instrucciones 7 Cognición 8 Movilidad 9 Cuidado personal 10 Relaciones 11 Actividades cotidianas I
12 Actividades cotidianas II 13 Participación 14 Conclusiones 15 Notas 16 Opciones avanzadas

<Lo escrito entre < > son instrucciones para el entrevistador, el resto de texto debe leerse al paciente>

Esta entrevista ha sido desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el fin de entender mejor las dificultades que pueden tener las personas debido a sus condiciones de salud. La información que usted proporcione en esta entrevista es confidencial y será utilizada sólo para la investigación. La entrevista tardará en completarse entre 15 y 20 minutos.

<En caso de entrevistados procedentes de la población general (no de la población clínica), diga: >

Aunque usted se encuentre sano/a y no tenga dificultades, necesito hacerle todas las preguntas para así poder completar la encuesta.

La entrevista es acerca de las dificultades que tienen las personas debido a las condiciones de salud.

Por "condición de salud" me refiero a una enfermedad u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales y problemas relacionados con el uso del alcohol o drogas. Le recuerdo que, cuando conteste a las preguntas, piense en todos sus problemas de salud. Cuando le pida que me hable acerca de las dificultades que tiene a la hora de realizar una actividad, por favor, tome estos problemas en consideración

"Dificultad con una actividad" significa:

- Aumento del esfuerzo
- Malestar o dolor
- Lentitud
- Cambios en el modo en que realiza la actividad

Cuando esté respondiendo cada pregunta, me gustaría que pensara en los últimos 30 días. Me gustaría también que respondiera estas preguntas pensando en cuánta dificultad usted ha tenido, en promedio, en los últimos 30 días, al realizar esta actividad como acostumbra a hacerla.

Cuando responda las preguntas, utilice esta escala: Ninguna, leve, moderada, severa, extrema o no puede hacerlo <en las pestañas siguientes enseñéle al paciente la pantalla con la escala>

1 Sociodemográfica 2 Diagnóstico 3 Situación social / Acontecimientos 4 Tratamientos 5 Enfermería 6 Preambulos/Instrucciones 7 Cognición 8 Movilidad 9 Cuidado personal 10 Relaciones 11 Actividades cotidianas I
12 Actividades cotidianas II 13 Participación 14 Conclusiones 15 Notas 16 Opciones avanzadas

Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre comprensión y comunicación.

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:
Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?

Ninguna
 Leve
 Moderada
 Severa
 Extrema/No puede hacerlo
 No aplica

Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?

Ninguna
 Leve
 Moderada
 Severa
 Extrema/No puede hacerlo
 No aplica

Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?

Ninguna
 Leve
 Moderada
 Severa
 Extrema/No puede hacerlo
 No aplica

Aprender una nueva tarea, por ejemplo, aprender cómo llegar a un nuevo lugar?

Ninguna
 Leve
 Moderada
 Severa
 Extrema/No puede hacerlo
 No aplica

Entender en general lo que dice la gente?

Ninguna
 Leve
 Moderada
 Severa
 Extrema/No puede hacerlo
 No aplica

Comenzar y mantener una conversación?

Ninguna
 Leve
 Moderada
 Severa
 Extrema/No puede hacerlo
 No aplica

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades a la hora de moverse en su entorno.

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:
Estar de pie por largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Pararse luego de estar sentado?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Moverse adentro de su hogar?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Salir de su hogar?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Caminar una larga distancia, como un kilómetro (o equivalente)?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades en su cuidado personal.

Debido a su condición de salud, en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:
Lavarse todo el cuerpo (bañarse)?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Vestirse?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Comer?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Quedarse solo/a durante unos días?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades a la hora de relacionarse con otras personas. Por favor, recuerde que sólo le estoy preguntando acerca de dificultades ocasionadas por problemas de salud. Con esto me refiero a enfermedades, lesiones, problemas mentales o emocionales y problemas relacionados con el uso del alcohol o drogas.

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:

Relacionarse con personas que no conoce?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Mantener una amistad?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Llevarse bien con personas cercanas a usted?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Hacer nuevos amigos?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Realizar actividades sexuales?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

5 (1) Tareas domésticas

Las siguientes preguntas se refieren a actividades que implican el realizar sus tareas domésticas, cuidar de las personas que conviven con usted o que le son cercanas. Estas actividades incluyen cocinar, limpiar, hacer las compras, así como el cuidado de otras personas y de sus propias pertenencias.

Debido a su condición de salud, en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:

Ocuparse de sus responsabilidades domésticas?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Realizar bien sus tareas domésticas más importantes?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Terminar todo el trabajo doméstico que necesitaba realizar?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Terminar las tareas domésticas tan rápido como era necesario?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

<<Si alguna de las preguntas se puntúa por encima de "ninguna", pregunte:>>

En los últimos 30 días, durante cuántos días disminuyó o dejó de hacer sus tareas domésticas debido a su condición de salud? <<anote el número de días >>

1

<<Si el entrevistado trabaja (remunerado, no remunerado, autónomo) o va a la escuela, complete las preguntas 5 (2) Trabajo y actividades escolares que se detallan a continuación, de lo contrario vaya al dominio "Participación">>

5 (2) Trabajo y actividades escolares.

Ahora voy a hacerle algunas preguntas relacionadas con su trabajo o actividades escolares.

Debido a su condición de salud, en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:
Llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares diarias?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Terminar todo el trabajo que necesitaba realizar?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Terminar las tareas tan rápido como era necesario?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Ha tenido que reducir su nivel de trabajo debido a su condición de salud?

- No
- Sí
- No aplica

Ha ganado menos dinero debido a su condición de salud?

- No
- Sí
- No aplica

<<Si alguna de las preguntas se puntúa por encima de "ninguna", pregunte:>>

En los últimos 30 días, durante cuántos días faltó a su trabajo (medio día o más horas) debido a su condición de salud? <<note el número de días >>

Ahora voy a hacerle unas preguntas relacionadas con su participación en la sociedad, y con el impacto que su problema de salud ha tenido sobre usted y su familia. Es posible, que algunas de estas preguntas se refieran a problemas que comenzaron hace más de un mes. Sin embargo, a la hora de contestarlas refléxese exclusivamente a lo ocurrido durante los últimos 30 días. De nuevo, le recuerdo que al contestar cada una de las siguientes preguntas piense en los problemas de salud mencionados con anterioridad: problemas físicos, problemas mentales o emocionales, o problemas relacionados con el uso del alcohol o drogas.

En los últimos 30 días:

¿Cuánta dificultad ha tenido para participar en actividades de su comunidad (por ejemplo, festividades, actividades religiosas o de otro tipo) de la misma forma que cualquier otra persona?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

¿Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en el mundo que lo rodea?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

¿Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad debido a las actitudes y acciones de otras personas?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

¿Cuánto tiempo dedicó usted a su condición de salud o a sus consecuencias?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

¿Cuánto ha sido afectado emocionalmente por su condición de salud?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

¿Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su condición de salud?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

¿Cuánta dificultad ha tenido su familia debido a sus problemas de salud?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

- 1 Sociodemográfica
- 2 Diagnóstico
- 3 Situación social / Acontecimientos
- 4 Tratamientos
- 5 Enfermería
- 6 Preambulos/Instrucciones
- 7 Cognición
- 8 Movilidad
- 9 Cuidado personal
- 10 Relaciones
- 11 Actividades cotidianas I
- 12 Actividades cotidianas II
- 13 Participación
- 14 Conclusiones**
- 15 Notas
- 16 Opciones avanzadas

En general, en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días ha tenido esas dificultades?

30

En los últimos 30 días, ¿cuántos días no pudo realizar nada de sus actividades habituales o su trabajo debido a una condición de salud?

1

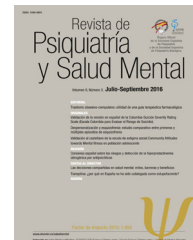
En los últimos 30 días, sin contar los días en los que no pudo realizar nada de sus actividades habituales, ¿cuántos días tuvo que recortar o reducir sus actividades habituales o su trabajo por una condición de salud?

10



Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



ORIGINAL BREVE

Comparación de la discapacidad entre trastornos mentales graves y comunes usando la escala WHODAS 2.0

Elena Hernando-Merino^{a,b}, Enrique Baca-García^{a,c,d,e,f,g,h,i} y María Luisa Barrigón^{c,d,*}

^a Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro, España

^b Departamento de Psiquiatría, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^c Departamento de Psiquiatría, Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

^d Departamento de Psiquiatría, Universidad Autónoma, Madrid, España

^e Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España

^f Departamento de Psiquiatría, Hospital General de Villalba, Madrid, España

^g CIBERSAM (Centro de Investigación en Salud Mental), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^h Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

ⁱ Department of Psychiatry, Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes, Francia

Recibido el 10 de marzo de 2021; aceptado el 25 de agosto de 2021

PALABRAS CLAVE

Discapacidad;
Funcionalidad;
Evaluación;
Trastorno mental;
WHODAS;
Enfermera de salud mental

Resumen

Introducción: Los trastornos mentales se encuentran entre las principales causas de discapacidad a nivel mundial. Es conocido que los trastornos mentales graves (TMG) se asocian a una alta discapacidad, pero el impacto de los trastornos mentales comunes (TMC) no es desdénable. En este trabajo comparamos la discapacidad medida con la escala WHODAS 2.0 en ambos grupos diagnósticos desde la consulta de enfermería de un Centro de Salud Mental.

Material y métodos: Se recogieron los datos sociodemográficos, el diagnóstico clínico y las puntuaciones de discapacidad de los pacientes atendidos por la enfermera especialista de Salud Mental en el Hospital Infanta Elena de Valdemoro (Madrid) y se comparó la discapacidad en pacientes con TMG y TMC, mediante el test t de Student.

Resultados: Se reclutaron un total de 133 pacientes. Los pacientes con TMC mostraron una mayor discapacidad respecto a los pacientes con TMG, siendo esta diferencia significativa para el dominio del trabajo ($p < 0,001$) y de participación en la sociedad ($p = 0,041$).

Conclusiones: En este estudio mostramos que el nivel de discapacidad asociado con el TMC fue más alto en ciertas áreas en comparación con el TMG, siendo esta diferencia especialmente relevante para los dominios «trabajo» y «participación». Esto puede servir para adecuar las intervenciones dirigidas a estas personas y podría mejorar su calidad de vida.

© 2021 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SEP y SEPB.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luisa.barrigon@fjd.es (M.L. Barrigón).

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.08.004>

1888-9891/© 2021 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SEP y SEPB.

KEYWORDS

Disability;
Functionality;
Assessment;
Mental disorder;
WHODAS;
Mental health nurse

Comparison of disability between common mental disorders and severe mental disorders using WHODAS 2.0

Abstract

Introduction: Mental disorders are among the leading causes of disability worldwide. Despite the fact that severe mental disorders (SMD) are associated with high disability, the impact of common mental disorders (CMD) is not negligible. In this work, we compare the disability measured with the WHODAS 2.0 scale of both diagnostic groups at the Mental Health Nurse facility.

Material and methods: Sociodemographic data, clinical diagnosis and disability scores were collected, using the WHODAS 2.0 scale, of the patients attended by the Mental Health specialist nurse at the Infanta Elena de Valdemoro Hospital (Madrid) and disability was compared in patients with SMD and CMD, using the Student *t* test.

Results: Our study sample consisted of 133 patients. Patients with CMD showed greater disability compared to patients with SMD. It was observed that the disability associated with CMD is higher, compared to SMD, this difference being significant for the domain of work ($p < 0.001$) and participation in society ($p = 0.041$).

Conclusions: In this study we showed that the level of disability associated with CMD was higher in certain areas compared to SMD, this difference was of special relevance for the «Work» and «Participation» domains. This may serve to adapt the interventions aimed at these people and improve their quality of life.

© 2021 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of SEP y SEPB.

Introducción

La funcionalidad y la discapacidad son las dos caras de una misma moneda y dependen de la condición de salud de un individuo y del contexto. La discapacidad se define como la dificultad para funcionar a nivel corporal, personal o social en uno o más dominios de la vida, tal como lo experimenta un individuo con un problema de salud en interacción con factores contextuales, mientras que la funcionalidad incluye los aspectos positivos de la interacción entre función, actividad y participación¹. Los trastornos mentales se encuentran entre las principales causas de discapacidad y representan una proporción importante de la carga global de enfermedad a nivel mundial. Así, los últimos datos publicados del Global Burden of Disease (GBD) recogen como los trastornos mentales suponen un 7% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y un 19% del total de años vividos con discapacidad (AVD)².

La Organización Mundial de la Salud desarrolló el programa de evaluación de la discapacidad 2.0 (WHODAS 2.0), que deriva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, Discapacidad y Salud (ICF, 2000)³, con el objetivo de describir y clasificar el estado de salud de las personas, teniendo en cuenta las funciones y estructuras del cuerpo, las actividades y la participación y los factores ambientales, de manera independiente del diagnóstico médico. Evaluar sistemáticamente el grado de discapacidad en el ámbito de la salud mental permitiría a los clínicos medir el impacto del trastorno para un paciente de manera individual, decidir el tipo de atención y evaluar la efectividad del tratamiento y/o de la intervención.

Los trastornos mentales se pueden dividir en función de su gravedad y de la complejidad de recursos necesarios para su tratamiento en trastornos mentales graves (TMG) y trastornos mentales comunes (TMC). Los TMG (entre los que destacan las psicosis y los trastornos de personalidad) tienden a la cronicidad, se asocian a discapacidad o pérdida de funcionalidad, precisan de una atención mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social⁴ y se definen precisamente en base a la discapacidad, mientras que los TMC (representados mayoritariamente por los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad) se consideran menos invalidantes⁵. Sin embargo, es de destacar la representación de los TMC en la carga global de enfermedad. Así, a nivel mundial el GBD de 2015 estimó que 7 de las 25 principales causas de AVD eran trastornos mentales, ocupando el trastorno depresivo mayor el segundo lugar y los trastornos de ansiedad el noveno⁶ y, a nivel europeo, el estudio ESEMeD encontró que entre los 10 trastornos con mayor impacto a nivel de pérdida de actividad laboral se encontraban 7 TMC (trastorno de pánico, trastorno por estrés postraumático, episodio depresivo mayor, distimia, fobias específicas, fobia social y agorafobia)⁷.

Pese a la importancia de este tema, son pocos los trabajos que han comparado el impacto en la funcionalidad en ambos grupos. El objetivo de este trabajo es estudiar la discapacidad, medida mediante la escala WHODAS 2.0, en un grupo de pacientes en seguimiento por la enfermera especialista en Salud Mental. Comparamos la discapacidad en pacientes con TMG y TMC. Hipotetizamos que las personas con TMC tendrán un nivel de discapacidad equiparable al de las personas con TMG.

Material y métodos

Diseño y participantes

Este trabajo se realizó en la consulta de la enfermera especialista de Salud Mental del Centro de Salud Mental (CSM) del Hospital Infanta Elena de Valdemoro (Madrid) de diciembre de 2017 a mayo de 2018, en condiciones reales de la práctica de enfermería. El protocolo detallado del estudio se encuentra publicado⁸.

En nuestro CSM se derivan para seguimiento con enfermería tanto pacientes con TMG como pacientes con TMC. Los primeros son derivados en el marco del programa asistencial de continuidad de cuidados, mientras que los segundos son atendidos de forma individual o grupal para entrenamiento en relajación.

Se incluyeron pacientes con cualquier diagnóstico psiquiátrico. Los criterios de inclusión fueron: (a) adultos (18-65 años) y (b) consentimiento del participante para participar, y los criterios de exclusión fueron: (1) trastorno cognitivo, (2) paciente en momento de descompensación clínica que afectase su capacidad de colaboración o en riesgo suicida y (3) analfabetismo o barrera idiomática.

Evaluación

Para todos los participantes se recogieron: 1) variables sociodemográficas, 2) diagnóstico CIE10⁹, y 3) discapacidad medida con la escala WHODAS 2.0³.

La evaluadora, entrenada previamente para ello, valoró la funcionalidad mediante la escala WHODAS 2.0. Esta escala mide la dificultad que ha tenido la persona para realizar actividades diarias durante un período de 30 días. Consiste en 36 preguntas con formato Likert, divididas en seis dominios: 1. Cognición: comprensión y comunicación; 2. Movilidad: movilidad y desplazamiento; 3. Cuidado personal: cuidado de la propia higiene, posibilidad de vestirse, comer y quedarse solo; 4. Relaciones: interacción con otras personas; 5. Actividades cotidianas: responsabilidades domésticas, tiempo libre, trabajo y escuela, y 6. Participación: participación en actividades comunitarias y en la sociedad. La puntuación final varía de 0-100, indicando los puntajes más altos un mayor nivel de discapacidad. Además, para pacientes sin actividad laboral, las puntuaciones del dominio 5 correspondientes al trabajo no se añaden a la puntuación final, proporcionándose dos puntuaciones globales¹.

Análisis de los datos

El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS 23. Para realizar la descripción de la muestra se utilizó el número de casos y porcentajes para las variables cualitativas y la media y la desviación típica para las variables cuantitativas. Se compararon las variables sociodemográficas y las puntuaciones en discapacidad (global y por dominios) según el diagnóstico del paciente (TMG o TMC), empleando los test Chi-cuadrado o t de Student, según procediese.

Cuestiones éticas

Este estudio se realizó de acuerdo con la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el comité de ética para la investigación del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado tras ser informados por la evaluadora. Se aseguró la protección de datos de forma similar a estudios previos del grupo de investigación¹⁰.

Resultados

La muestra estuvo compuesta por 133 pacientes, el 39,1% con TMG y el 60,9% con TMC (detalles descriptivos en la tabla 1).

En la tabla 2 podemos ver la comparación de la escala WHODAS 2.0 en pacientes con TMG y TMC. Destaca la ausencia de diferencias en la puntuación total entre ambos grupos y mayor discapacidad en TMC en los dominios de trabajo y participación.

Los dominios más afectados para las personas con TMG fueron el dominio de la cognición (38,75) y el de las actividades cotidianas (41,15), de forma similar a las personas con TMC con unas puntuaciones de 37,47 y 41,73, respectivamente. Por el contrario, los dominios con menos dificultades fueron, en el caso de las personas con TMG, el del cuidado personal (16,54) y el del trabajo (17,17) y en el caso de aquellos con TMC, el de la movilidad (28,62) y el del cuidado personal (16,91).

Discusión

En este trabajo analizamos las diferencias en el nivel de discapacidad entre pacientes con TMG y TMC. Nos encontramos con una muestra bastante funcional, con puntuaciones para WHODAS que no reflejan una discapacidad alta (con valores en torno a 30-40). Nuestro hallazgo principal es que los pacientes con TMG y TMC presentan niveles de discapacidad similares, e incluso los pacientes con TMC presentaron puntuaciones mayores en los dominios de «trabajo» y «participación».

Nuestros resultados van en la misma línea de estudios como el europeo ESEMeD o el de Cotrena et al., que muestran niveles de discapacidad comparables entre trastorno bipolar y depresión^{7,11} o estudios como el de Olariu et al., que encuentran niveles altos de discapacidad en trastorno de ansiedad generalizada o depresión¹². Por el contrario, estudios de base poblacional como el de Sjonnesen et al. encontraron que las personas con esquizofrenia presentaban la discapacidad media ligeramente más alta, siguiéndoles aquellas con trastorno por ansiedad generalizado, trastorno bipolar y trastorno depresivo mayor¹³.

Una posible explicación para el hallazgo contraintuitivo de que los pacientes con TMC de nuestra muestra presenten puntuaciones más altas que los pacientes con TMG es que estos últimos son pacientes con una evolución más crónica, en seguimiento en el CSM durante más tiempo y, por tanto, en un momento evolutivo de mayor estabilidad y más concienciados, mientras que los pacientes con TMC son personas que llegan a la consulta en un episodio agudo y más reciente, por lo general. Además, los resultados

Tabla 1 Características sociodemográficas de la muestra

Variable	n	%	Media ± de
<i>Sexo</i>			
Masculino	43	32,3	
Femenino	90	67,7	
<i>Edad</i>			43,48 ± 13,86
<i>País de nacimiento</i>			
España	118	88,7	
Marruecos	4	3,0	
Polonia	2	1,5	
Rumanía	2	1,5	
Argentina	1	0,8	
Colombia	1	0,8	
Cuba	1	0,8	
Dominicana, República	1	0,8	
Ecuador	1	0,8	
Perú	1	0,8	
Uruguay	1	0,8	
<i>Estado civil</i>			
Casado/convivencia durante más de 6 meses	68	51,1	
Soltero	44	33,1	
Separado/divorciado	17	12,8	
Viudo	4	3,0	
<i>Convivencia</i>			
Con familia propia	38	28,6	
Con familia de origen	33	24,8	
Con otros familiares	18	13,5	
Solos	13	9,8	
Otras situaciones	31	23,3	
<i>Ocupación</i>			
Activo/ama de casa/estudiante	70	52,6	
Desempleado y sin beneficio	13	9,8	
Desempleado con beneficio	10	7,5	
Incapacidad permanente	26	19,5	
Incapacidad temporal	11	8,3	
Jubilado	3	2,3	
<i>Diagnóstico</i>			
Trastorno de ansiedad	36	27,1	
Trastorno adaptativo	34	25,6	
Esquizofrenia	16	12,0	
Trastorno bipolar	11	8,3	
Trastorno de personalidad	9	6,8	
Trastorno psicótico no especificado	7	5,3	
Trastorno esquizoafectivo	6	4,5	
Distimia	4	3,0	
Trastorno obsesivo-compulsivo	3	2,3	
Trastorno esquizofreniforme	2	1,5	
Abuso de alcohol	1	0,8	
Trastorno del control de impulso	1	0,8	
Trastorno ideas delirantes	1	0,8	
Trastorno de la conducta alimentaria	1	0,8	
Trastorno de déficit de atención e hiperactividad	1	0,8	
<i>Diagnóstico agrupado</i>			
Trastorno mental común (TMC)	81	60,9	
Trastorno mental grave (TMG)	52	39,1	
<i>Total</i>	133	100	

Tabla 2 Puntuaciones de la muestra total y comparación entre TMG y TMC para el cuestionario WHODAS y sus dominios

	Total (n = 133)	TMG (n = 52)	TMC (n = 81)	Estadístico	Gl	p
<i>Género femenino, n (%)</i>	90 (67,7)	25 (48,1)	65 (80,2)	$\chi^2 = 14,98$	1	< 0,001
<i>Edad (media \pm de)</i>	43,48 \pm 13,86	44,67 \pm 14,75	42,72 \pm 13,31	t = 0,78	100,74	0,439
<i>Laboralmente activo, n (%)</i>	70 (52,6)	12 (23,1)	58 (71,6)	$\chi^2 = 29,92$	1	< 0,001
<i>Convivencia, n (%)</i>	120 (90,2)	43 (82,7)	77 (95,1)	$\chi^2 = 5,49$	1	0,023
<i>Pareja, n (%)</i>	68 (51,1)	13 (25)	55 (67,9)	$\chi^2 = 23,33$	1	< 0,001
<i>WHODAS (media \pm de)</i>						
1. Cognición	37,97 \pm 21,86	38,75 \pm 25,49	37,47 \pm 19,32	t = 0,31	87,92	0,766
2. Movilidad	28,20 \pm 26,11	27,52 \pm 26,93	28,63 \pm 25,73	t = -0,23	105,26	0,815
3. Cuidado personal	16,77 \pm 19,56	16,54 \pm 16,20	16,91 \pm 21,54	t = -0,11	127,66	0,909
4. Relaciones	29,82 \pm 25,21	28,04 \pm 25,14	30,97 \pm 25,35	t = -0,65	109,57	0,516
5.1. Actividades cotidianas	41,50 \pm 30,64	41,15 \pm 33,23	41,73 \pm 29,06	t = -0,10	98,26	0,919
5.2. Trabajo	29,22 \pm 38,10	17,17 \pm 32,17	36,95 \pm 39,75	t = -3,01	131,00	< 0,001
6. Participación	43,30 \pm 19,75	38,78 \pm 20,12	46,19 \pm 19,07	t = -2,12	104,63	0,041
Total (sin trabajo)	34,68 \pm 17,41	33,26 \pm 18,23	35,59 \pm 16,92	t = -0,74	102,94	0,461
Total (con trabajo)	33,96 \pm 17,04	31,13 \pm 16,64	35,77 \pm 17,15	t = -1,55	111,30	0,120

podrían estar sesgados por una valoración subjetiva del funcionamiento y calidad de vida de las personas con enfermedad mental, en particular trastornos afectivos. Además, muchos pacientes, por una falta de comprensión de su enfermedad, pueden encontrar dificultad informando sobre sus discapacidades. Así, las puntuaciones de WHODAS 2.0 deben contextualizarse para ser interpretables.

En cuanto a los dominios más afectados, un estudio europeo determinó que los dominios en los que muchas personas experimentan limitaciones son el trabajo y la repercusión emocional (perteneciente al dominio de participación)¹⁴, siendo estos resultados similares a los nuestros. A pesar de que la participación en sociedad es considerada un dominio muy relacionado con los síntomas de la esquizofrenia¹⁵, nosotros encontramos mayores dificultades para los pacientes con TMC para este dominio.

La utilidad principal de este estudio radica en su aplicabilidad a nivel clínico. Desde el modelo de «recuperación funcional» es esencial la evaluación de la discapacidad para conocer su evolución a lo largo del seguimiento en los dispositivos de salud mental. Esta labor, propia del personal de enfermería, permitiría diseñar intervenciones integrales y orientadas a la calidad de vida de los pacientes y sus familias, así como aquellas dirigidas a la rehabilitación.

Este es un estudio único, pues hasta la fecha no existe ningún estudio que haya analizado el perfil de los pacientes atendidos por la enfermera de Salud Mental centrándose en la discapacidad. La principal fortaleza de nuestro estudio es que reflejamos la situación de pacientes en un entorno clínico, mientras que los estudios previos son en su mayoría de base poblacional. Además, es novedoso en cuanto a que no hay estudios que hayan comparado en este entorno la discapacidad de pacientes con TMC y TMG.

Pese al interés de este estudio, también tenemos que señalar sus limitaciones. Por un lado, se desarrolló en un solo dispositivo, sin un cálculo preliminar del tamaño muestral necesario, y los resultados no son generalizables. Por otro lado, no se han estudiado variables clave como el apoyo familiar, el nivel socioeconómico, la intensidad de síntomas,

el tipo de intervención o la adherencia al tratamiento. Además, no hemos contado con un grupo control de población general.

Conclusión

El nivel de discapacidad asociado con el TMC fue más alto en ciertas áreas en comparación con el TMG, siendo esta diferencia especialmente relevante para los dominios «trabajo» y «participación». Hasta ahora se han descrito qué dominios de WHODAS están más afectados en determinados trastornos mentales, pero nunca se ha estudiado en relación con la consulta de enfermería de Salud Mental ni se había comparado la discapacidad entre TMG y TMC.

Conflicto de intereses

Los autores confirman que no existen conflictos de intereses.

Agradecimientos

Este estudio no recibió financiación específica.

Bibliografía

- World Health Organization. International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: World Health Organization; 2001, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42407>.
- Rehm J, Shield KD. Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21:10, <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>.
- World Health Organization. World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS). Geneva: World Health Organization; 2000.
- Bachrach LL. Defining Chronic Mental Illness: A Concept Paper. *PS.* 1988;39:383-8, <http://dx.doi.org/10.1176/ps.39.4.383>.
- Murray CJL, Lopez AD. The Global Burden of Disease: a Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from

- Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. Harvard University Press, Cambridge, MA. (Eds.). 1996, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41864>.
6. Thomas CC, Rathod SD, De Silva MJ, Weiss HA, Patel V. The 12-item WHO Disability Assessment Schedule II as an outcome measure for treatment of common mental disorders. *Glob Ment Health (Camb)*. 2016;3:e14, <http://dx.doi.org/10.1017/gmh.2016.7>.
 7. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;38–46, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00329.x>.
 8. Merino EH, Barrigón ML, Baca-García E. Protocolo de evaluación de la discapacidad en pacientes de Salud Mental. *Bibl Lascasas [Internet]*. 2019, <http://ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e12409>.
 9. World Health Organization. *The ICD 10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization. 1993.
 10. Barrigón ML, Berrouiguet S, Carballo JJ, et al. User profiles of an electronic mental health tool for ecological momentary assessment: MEmind. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2017;26:e1554, <http://dx.doi.org/10.1002/mpr.1554>.
 11. Cotrena C, Branco LD, Kochhann R, Shansis FM, Fonseca RP. Quality of life, functioning and cognition in bipolar disorder and major depression: A latent profile analysis. *Psychiatry Res*. 2016;241:289–96, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.102>.
 12. Olariu E, Forero CG, Álvarez P, et al. Asking patients about their general level of functioning: Is IT worth IT for common mental disorders? *Psychiatry Res*. 2015;229:791–800, <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.088>.
 13. Sjonnesen K, Bulloch AG, Williams J, Lavorato D, Patten BS. Characterization of Disability in Canadians with Mental Disorders Using an Abbreviated Version of a DSM-5 Emerging Measure: The 12-Item WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0. *Can J Psychiatry*. 2016;61:227–35, <http://dx.doi.org/10.1177/0706743716632514>.
 14. Buist-Bouwman MA, Ormel J, De Graaf R, et al. Psychometric properties of the World Health Organization Disability Assessment Schedule used in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2008;17:185–97, <http://dx.doi.org/10.1002/mpr.261>.
 15. Akinsulore A, Mapayi BM, Aloba OO, Oloniniyi I, Fatoye FO, Makanjuola RO. Disability assessment as an outcome measure: a comparative study of Nigerian outpatients with schizophrenia and healthy control. *Ann Gen Psychiatry*. 2015;14:40, <http://dx.doi.org/10.1186/s12991-015-0079-6>.

A One-Year Follow Up Study on Disability in Mental Health Nursing Practice

Elena Hernando-Merino, PMHN^{1,2},
 Enrique Baca-García, MD, PhD^{1,3,4,5,6,7,8},
 and Maria Luisa Barrigón, MD, PhD^{3,9} 

Clinical Nursing Research
 1–9

© The Author(s) 2022

Article reuse guidelines:

sagepub.com/journals-permissions

DOI: 10.1177/10547738211073721

journals.sagepub.com/home/cnr



Abstract

Disability is common in patients with mental disorders, and therapeutic approaches should promote functional recovery to achieve the highest quality of life. This study reports changes in WHODAS 2.0 scores at 1 year of follow-up among patients receiving care from a single mental-health nurse in a community setting in Spain and compare these changes by diagnosis (SMI vs. CMI). Baseline and 1-year follow-up scores were compared. For all participants, we collected sociodemographic information, clinical diagnosis, and disability scores according to WHODAS 2.0. Participating patients received the usual, non-manualized nursing intervention. Our sample comprised 133 patients, 75 of whom were assessed after 1 year. All patients had improved WHODAS 2.0 scores (difference of 9.20 ± 2.42 ; $p < .001$) in all domains except those domains related to work (“Life activities”) and relationships (“Getting along”). Furthermore, almost half of the patients studied were no longer undergoing treatment with the nurse at 1-year follow-up.

Keywords

disability, WHODAS 2.0, outcome, mental health nurse practicing, real world studies

Introduction

Background

According to the DSM-5, a mental disorder is “a syndrome characterized by a clinically significant alteration in cognition, the regulation of emotions, or behavior that reflects a dysfunction in the psychological, biological, or developmental processes underlying mental functioning” (APA, 2013). Mental disorders can be subdivided to distinguish between cases that are serious and others that are common.

The most widely accepted definition of severe mental illness (SMI) is the one formulated in 1987 by the National Institute of Mental Health (NIMH) of the United States, which defines an SMI as “a group of heterogeneous people who suffer from serious psychiatric disorders with long-term mental alterations, which entail a variable degree of disability and social dysfunction, and which have been treated through various social health resources of the psychiatric and social care network” (NIMH, 1987). The term was intended to reflect patients meeting three criteria: (a) diagnosis: non-organic psychosis and personality disorder; (b) duration: having a long history of previous hospitalizations or outpatient treatment; and (c) disability: disturbing social behavior, moderate impairment in work and other activities, and impairment of basic needs (Bachrach, 1988). SMIs include

schizophrenic and delusional disorders, bipolar disorders, and some severe neurotic and personality disorders (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009).

In contrast, common mental disorders (CMIs) are those that do not usually require intervention by more than one professional and include mood disorders and anxiety disorders (National Collaborating Center for Mental Health, 2011; NIMH, 1987).

Thus, SMI diagnoses include disorders with a prolonged duration of more than 2 years, affecting one or more domains

¹Hospital Universitario Infanta Elena, Valdemoro, España

²Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

³Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España

⁴Universidad Autónoma, Madrid, España

⁵Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles, España

⁶Hospital General de Villalba, Madrid, España

⁷CIBERSAM (Centro de Investigación en Salud Mental), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

⁸Universidad Católica del Maule, Talca, Chile

⁹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Corresponding Author:

Maria Luisa Barrigón, Department of Psychiatry, IIS-Jimenez Diaz Foundation, Av. Reyes Católicos, 2, Madrid 28040, España.
 Email: marisabe@gmail.com

of functioning, and requiring a multidisciplinary approach with pharmacological and psychological treatments and interventions in the environment and in other realms such as social skills, training, job placement, leisure, and the like. Therefore, while people with an SMI require a variety of resources from the social health system to be treated, those with a CMI do not have access to this variety of resources (National Institute for Health and Care Excellence, 2011).

Globally, mental disorders account for approximately one-tenth of the burden of disease attributable to health conditions. By 2020, depression had become the second most common cause of disability worldwide and it is expected that by 2030 it will be the leading cause of years lived with disability (YLD) (Ferrari et al., 2013).

Annual reports by the Global Burden of Disease (GBD) study repeatedly find mental disorders among the leading causes of disability worldwide. The 2015 report estimated that seven of the 25 leading causes of YLD worldwide were mental disorders, with major depressive disorder (MDD) found to be the second most common cause of YLD and anxiety disorders the ninth (Thomas et al., 2016). In Europe, according to the ESEMeD study, the ten disorders with the highest impact on lost days of work were neurological diseases, panic disorder, post-traumatic stress disorder, major depressive episodes, dysthymia, specific phobia, social phobia, arthritis, agoraphobia, and heart disease (Alonso et al., 2004).

These findings highlight the impact of common mental disorders on overall disability as we observed in our previous study (Hernando-Merino et al., 2021). Despite this, there are few studies on CMI care and just a few have compared the degree of disability between SMI and CMI (Alonso et al., 2004; Cotrena et al., 2016; Sjonnesen et al., 2016).

The degree of disability associated with mental disorders is increased by the early onset, the recurrent or chronic course, and the numerous needs not covered with treatment (Antunes et al., 2018). This is the case for both SMI (Jobe & Harrow, 2005) and CMI (National Collaborating Center for Mental Health, 2011).

Systematically assessing the degree of disability in people undergoing care in mental health facilities would allow clinicians to measure the impact of the disorder for an individual patient and would inform decisions on the appropriate type of care, and aid in evaluating treatment and/or intervention effectiveness (Luciano et al., 2010). The WHO developed the Disability Assessment Scales 2.0 (WHODAS 2.0) (WHO, 2000; Ustün, Kostanjsek, et al., 2010) for use in daily practice. Considered the gold standard for disability assessment, WHODAS 2.0 is a cross-cultural tool that captures different aspects of disability associated with a health condition (Carlozzi et al., 2015; Yoo et al., 2018; Zhou et al., 2020). It examines six domains by using a multi-item scale that includes cognition, mobility, self-care, family burden, social

participation, and discrimination (Ustün, Chatterji, et al., 2010). Though the WHODAS 2.0 was originally used to assess disability related to physical illnesses, it has increasingly been applied to assess disability among psychiatric populations (Thomas et al., 2016), and the DSM 5 has endorsed the WHODAS 2.0 as the instrument to assess functioning in psychiatric evaluations (Gold, 2014). In a systematic review of studies where the WHODAS scale was used, 810 studies from 94 countries published between 1999 and 2015 were identified. The WHODAS 2.0 has been used in 27 research areas, most frequently in psychiatry ($n=328$, 40%), geriatrics ($n=121$, 14.9%), neurology ($n=74$, 9%), disability and rehabilitation ($n=71$, 9%), the health sciences ($n=45$, 6%), and epidemiology ($n=29$, 4%) (Federici et al., 2017).

Mental health care is usually community-based, and in Spain this type of care delivery is centralized in mental health centers (MHCs), handling referral and coordination with the different care resources. In complex cases, care coordinators implement the individualized care plan for. These functions correspond to the competences inherent to Nursing professionals according to the Law on Health Professions Organization (Ley 44/2003, November 21). The mental health nurse is responsible for directing, evaluating, and providing care for the promotion, maintenance, and recovery of health, as well as the prevention of mental diseases and disabilities (Caminero Luna & Castelo Sardina, 2012).

Despite this key role of nurses in assessing disability, up to now, no research has examined disability in people with mental disorders within in a real-world conditions environment such as that of outpatient mental-health community nursing practice.

Aim

We aimed to describe changes in WHODAS 2.0 scores in patients treated by the mental health nurse of an outpatient mental health facility in Spain over 1 year of follow-up, comparing the changes recorded by diagnosis (SMI vs. CMI). In addition, we set out to compare baseline characteristics of those patients who did not seek nursing care at the end of the 1-year follow-up against those patients who did continue.

Methods

Design

We conducted a non-experimental, longitudinal descriptive study with a pre/post design between December 2017 and May 2019 in real-world conditions of nursing practice. The protocol has been published elsewhere (Merino et al., 2019). Patients receiving care from a mental health nurse in the psychiatric outpatient facilities at Infanta Elena Hospital in Valdemoro in Madrid (Spain) were included.

Participants

All patients attended by nurse from December 2017 to May 2018 were invited to participate. People with any type of psychiatric disorder were included. The inclusion criteria were (1) age over 18 years, and (2) written informed consent provided by the patient. The exclusion criteria were as follows: (1) cognitive disorders coded as F00-F09 under the IDC-10 classification; (2) clinical descompensation affecting cooperation or involving suicidal risk, as assessed by the attending psychiatrist/clinical psychologist; and (3) illiteracy or non-fluency in the Spanish language.

Data Collection and Procedure

For all patients who agreed to participate, the following data were collected: sociodemographic information, clinical diagnosis according to the ICD-10 classification system (WHO, 1992) as recorded by the attending psychiatrist/clinical psychologist in the clinical history, and disability at the moment of first nurse-patient contact and after 1 year of follow-up.

Disability was assessed according to the WHO Disability Assessment Schedule 2.0 (WHO, 2000; Ustün, Kostanjsek, et al., 2010; Vázquez-Barquero, 2006). This questionnaire assesses people's difficulties over the preceding 30 days across six different domains: (a) cognition: understanding and communication; (b) mobility: moving and getting around; (c) self-care: personal hygiene, dressing and eating, and staying alone; (d) getting along: interacting with other people; (e) activities of daily living: domestic responsibilities, leisure, work, and school; and (f) participation: joining in community activities. Scores were computed for each dimension and ranged from 0 to 100, with higher scores indicating higher disability. Two overall scores are provided, that is, one for working individuals and another one the unemployed.

The Spanish version of the WHODAS 2.0 has been validated in a sample of 147 subjects with four subgroups (i.e., general population, physically ill people, mentally ill people, and the population with substance abuse). A test of internal consistency for the different domains across the different sample subgroups revealed a Cronbach's α above 70 and in no case below 55. Regarding reliability, good correlation index scores were found, ranging from 62 for the domains "Comprehension and communication," "Interpersonal relations," and "Social participation" in people with mental illness, to values above 80 for most domains in people with substance use disorders (Vázquez-Barquero, 2006).

Patients received their treatment, including nurse intervention, decided by clinicians on charge without any interference from the researcher. In those patients who remained under treatment after 1 year, disability was assessed again using the WHODAS 2.0 algorithm.

Throughout follow-up, participating patients were cared for by the same nurse and received the usual, non-manualized nursing intervention adapted to the needs of their

clinical status. The nurse applied the techniques and the number of sessions tailored for each individual patient, according to the usual functions, which are: (1) interventions in crisis situations; (2) psychoeducation, both individual and in group settings; (3) relaxation, both individually and in groups; (4) support for patients and/or families, both individual and in groups; and/or (5) home care.

Data Analysis

Data analyses were performed using the SPSS 23 statistical package. We first described the sample in terms of clinical and demographic characteristics. Normal distribution of the data was checked using the Kolmogorov-Smirnov test. After that, we compared the baseline characteristics of patients who were under nursing treatment at 1 year of follow-up and those that were not using Chi square and Student *t*-test where appropriate. Finally, we compared WHODAS 2.0 scores at baseline and at 1-year follow-up (overall scores and individual domain scores) in the total sample, and we compared patients with SMI and patients with CMI by means of Student *t*-test for paired samples.

Ethical Statements

The study was carried out in compliance with the Declaration of Helsinki and approved by the ethics committee of Hospital Fundación Jiménez Díaz (Approval code ER1_PIC 76-2013_FJD). All participants gave written informed consent after receiving a complete description of the study. Concerning data protection, access to the online user interface was restricted to the participating clinician. User identification was ensured by a username and password. The data provided by the clinician was encrypted by Secure Socket Layer/Transport Layer Security (SSL/TLS) between the investigator's computer and the server. Furthermore, an external auditor guaranteed that security measures met the standards set forth in the Organic Law for Data Protection standards at a high level of protection.

Results

A total of 133 patients (43 men and 90 women) were included in our sample. Of these, 52 (39.1%) were diagnosed with an SMI and 81 (60.9%) with a CMI. We considered SMI as encompassing schizophrenia and all other types of psychosis, bipolar disorders, and borderline personality disorders, and while all other diagnoses were grouped under CMI. Details of baseline characteristics of the total sample are shown in Table 1.

Out of the total sample, 75 patients were assessed at 1-year follow up. Among the 58 who did not complete follow-up assessment, 53 were diagnosed as having a CMI and 5 an SMI. Among the CMI patients, 35 had recovered before 1 year, 13 discontinued treatment from all mental health

Table 1. Clinical and Demographic Characteristics of the Overall Sample.

Variable	N	Percentage	Mean \pm SD
Gender			
Male	43	32.3	
Female	90	67.7	
Age			43.48 \pm 13.86
Country of origin			
Spain	118	88.7	
Morocco	4	3.0	
Poland	2	1.5	
Romania	2	1.5	
Argentina	1	0.8	
Colombia	1	0.8	
Cuba	1	0.8	
Dominican Republic	1	0.8	
Ecuador	1	0.8	
Peru	1	0.8	
Uruguay	1	0.8	
Marital status			
Married/living with partner	68	51.1	
Single	44	33.1	
Separated/divorced	17	12.8	
Widow/widower	4	3.0	
Housing			
Own family	38	28.6	
Family of origin	33	24.8	
Other relatives	18	13.5	
Alone	13	9.8	
Other situations	31	23.3	
Occupational status			
Active	70	52.6	
Unemployed and unpaid	13	9.8	
Unemployed and paid	10	7.5	
Permanent disability	26	19.5	
Temporary disability	11	8.3	
Retired	3	2.3	
Diagnosis			
Anxiety disorder	36	27.1	
Adaptative disorder	34	25.6	
Schizophrenia	16	12.0	
Bipolar disorder	11	8.3	
Personality disorder	9	6.8	
Psychotic disorder	7	5.3	
Schizoaffective disorder	6	4.5	
Dysthymia	4	3.0	
Obsessive-compulsive disorder	3	2.3	
Schizophreniform disorder	2	1.5	
Alcohol use disorder	1	0.8	
Impulsivity disorder	1	0.8	
Delusional disorder	1	0.8	
Eating disorder	1	0.8	
ADHD	1	0.8	
Diagnosis: SMI/CMI			
Serious mental illness (SMI)	81	60.9	
Common mental illness (CMI)	52	39.1	

Table 2. Comparison of Patients Who Completed Follow-Up Versus Those Who Did Not.

	Patients who completed follow-up (n = 75)	Patients who did not complete follow-up (n = 58)	Statistic	df	p-Value
Age (Mean ± SD)	46.17 ± 12.79	40.00 ± 14.53	t = -2.56	114.16	.012
Female gender (N [%])	47 (62.7)	43 (74.1)	X ² = 1.97	1	.16
CMI diagnosis (N [%])	31 (38.3)	50 (61.7)	X ² = 27.66	1	.00
Working (N [%])	28 (40)	42 (60)	X ² = 16.15	1	.00
Living alone (N [%])	12 (92.3)	1 (7.7)	X ² = 7.56	1	.006
With life partner (N [%])	30 (44.1)	38 (55.9)	X ² = 8.52	1	.004
WHODAS 2.0 domain (Mean ± SD)					
1. Cognition	38.27 ± 23.10	37.59 ± 20.33	t = -0.18	128.76	.86
2. Mobility	30.83 ± 28.44	24.78 ± 22.52	t = -1.37	130.92	.17
3. Self-care	17.47 ± 18.75	15.86 ± 20.69	t = -0.46	116.26	.65
4. Getting along	28.56 ± 24.32	31.47 ± 26.45	t = 0.65	117.30	.52
5.1 Life activities: household	43.20 ± 34.06	39.31 ± 25.67	t = -0.73	131	.45
5.2 Life activities: work/school	22.67 ± 35.62	37.68 ± 39.80	t = 2.26	115.40	.03
6. Participation	41.22 ± 20.96	45.97 ± 17.88	t = 1.41	129.70	.16
Overall WHODAS [†]	34.75 ± 18.52	34.58 ± 16.02	t = -0.06	129.31	.95
Overall WHODAS [‡]	33.16 ± 17.42	34.99 ± 16.64	t = 0.62	125.25	.54

[†]Overall score for people who work. [‡]Overall score for people who do not work.

Table 3. WHODAS 2.0 Score Differences Between Baseline and 1-Year Follow-Up Assessment for the Total Sample.

WHODAS 2.0 domain	Difference in scores (mean ± SD)	t	df	p-Value
1. Cognition	11.14 ± 4.37	5.34	74	.00
2. Mobility	9.58 ± 4.96	4.13	74	.00
3. Self-care	5.20 ± 2.85	2.93	74	.00
4. Getting along	1.67 ± 2.08	0.70	74	.49
5.1 Life activities: household	14.67 ± 7.21	4.10	74	.00
5.2 Life activities: work/school	6.00 ± 4.74	1.63	74	.11
6. Participation	10.50 ± 1.72	5.24	74	.00
Overall WHODAS [†]	9.20 ± 2.42	5.65	74	.00
Overall WHODAS [‡]	8.78 ± 2.12	5.28	74	.00

[†]Overall score for people who work. [‡]Overall score for people who do not work.

facilities, four withdrew from a nursing facility, and one patient was referred to another mental health care facility. Among the SMI patients who did not undergo 1-year follow-up, three changed their address, one left all mental health facilities, and one was referred to another mental health facility. There were no differences regarding baseline disability between the two groups, though differences were found regarding age, activity, and diagnosis (Table 2).

Table 3 and Figure 1 show how disability had improved at 1-year follow-up, as WHODAS 2.0 scores were significantly lower in overall score and for all domains except “Getting along” and “Life activities: work.”

Next, we show changes in scores between patients diagnosed as having SMI and CMI (Table 4). As in the total sample, a significant improvement was found in overall disability

and disability within each domain in both groups, with the exception of “Getting along” and “Life activities: work.”

Discussion

We conducted an observational study under real-world conditions to determine changes in disability among patients receiving treatment in a mental health nursing practice using the gold standard questionnaire published by the WHO, the WHODAS 2.0. Our main finding is that disability improved at 1-year follow-up across the overall sample, and better disability scores were found in both the SMI and CMI group in the domains (cognition, mobility, self-care, domestic activities, and participation) except those domains related to work (“Life activities”) and relationships (“Getting along”).

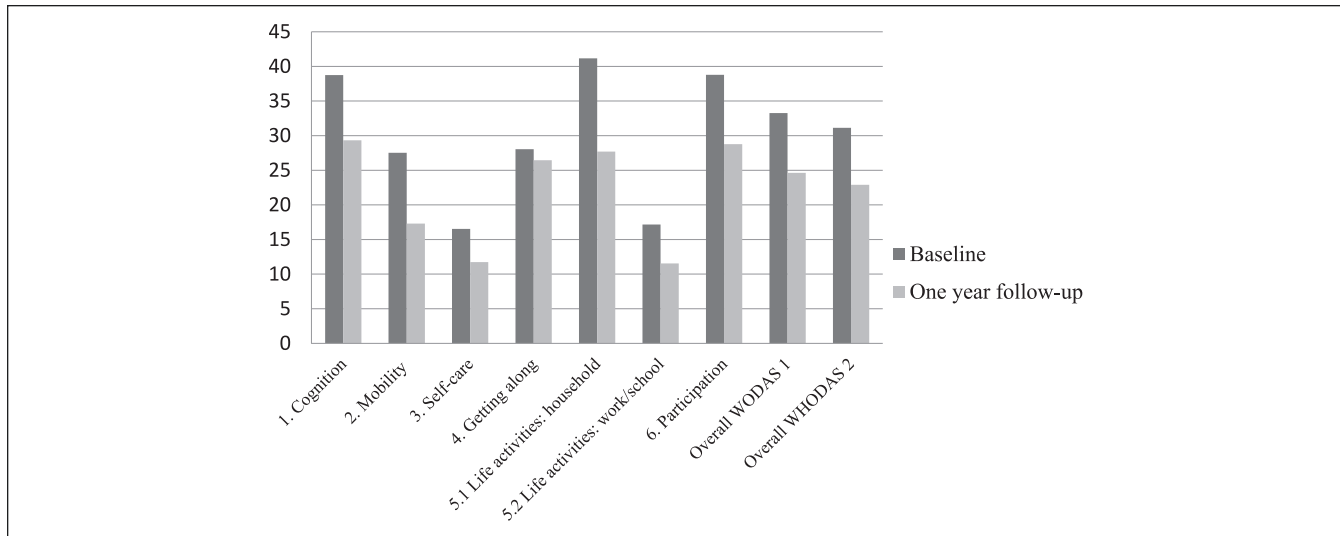


Figure 1. Changes in WHODAS 2.0 score in the total sample at 1-year follow-up.

Table 4. Differences in WHODAS 2.0 Scores Between Baseline and 1-Year Follow-Up Assessment in Patients With SMI and CMI.

WHODAS 2.0 domain	Severe mental illness				Common mental illness			
	Difference in scores (Mean ± SD)	t	df	p-Value	Difference in scores (Mean ± SD)	t	df	p-Value
1. Cognition	9.42 ± 19.39	t=3.50	51	.001	7.53 ± 14.75	t=4.60	80	.00
2. Mobility	10.22 ± 18.61	t=3.96	51	.00	4.32 ± 15.07	t=2.58	80	.012
3. Self-care	4.81 ± 12.91	t=2.69	51	.01	3.33 ± 11.94	t=2.51	80	.014
4. Getting along	1.60 ± 16.42	t=0.70	51	.49	1.95 ± 18.51	t=0.95	80	.345
5.1 Life activities: household	13.46 ± 32.35	t=3.00	51	.004	9.38 ± 21.35	t=3.96	80	.00
5.2 Life activities: work/school	5.63 ± 26.36	t=1.54	51	.13	3.70 ± 30.79	t=1.08	80	.282
6. Participation	10.02 ± 15.75	t=4.59	51	.00	5.86 ± 17.98	t=2.94	80	.004
Overall WHODAS [†]	8.63 ± 12.80	t=4.86	51	.00	5.56 ± 12.29	t=4.07	80	.00
Overall WHODAS [‡]	8.24 ± 12.50	t=4.75	51	.00	5.31 ± 12.68	t=3.77	80	.00

[†]Overall score for people who work. [‡]Overall score for people who do not work.

Furthermore, almost half of the patients studied were no longer undergoing treatment with the nurse at 1-year follow-up.

Although there is no existing research on disability outcomes in real-world conditions within mental health nursing practice, our data are comparable with previous epidemiological and cohort studies using the WHODAS 2.0 or related instruments such as questionnaires measuring quality of life.

Regarding the outcome in CMI patients, in a secondary analysis of patients enrolled in a cluster randomized controlled trial of people with CMI in India, after 6 months of follow-up, almost 40% of patients had recovered and their improvement was related with better scores in the following items of the WHODAS: “disability days,” “emotional disturbance,” “standing,” “household responsibilities,” “day-to-day work,” and “concentrating” (Thomas et al., 2016). Although the timeframe is different, and methodological differences do

exist, these results are similar to ours regarding cognition, mobility, and domestic activities, but contrast with our patients, in whom work activity did not improve. This difference could be partially explained by the descriptive design of our study, as those patients who abandoned treatment were not reached for follow-up, and patients who tended to stay under treatment were those with SMI, most of whom were retired. On the other hand, our results contrast with those of a European 1-year follow-up study of people with depression focusing on quality of life, which was measured by means of the 12-item Short Form Survey, whereas. The authors only found an improvement in mental quality of life and stability in physical quality of life (Saragoussi et al., 2018), whereas we found an improvement in physical aspects of disability such as mobility and household activities. This difference between the two studies may be related to the different

instruments employed, but may also be influenced by the different patient profiles.

Other studies of people with SMI have reported similar findings as ours. Kästner et al. (2015), in a study assessing assertive community treatment (ACT), found an overall improvement in functionality assessed by WHODAS within 1 year of follow-up in patients with schizophreniform disorder. In patients undergoing an intensive treatment such as ACT, an overall improvement across all WHODAS domains is expected, whereas an intervention in a medical setting such as ours, where no focus is given to social aspects, work, and interaction with people did not improve. Also using WHODAS 2.0, a naturalistic study performed in Taiwan over 4 years reported that people with schizophrenia improved in overall score and in cognition, mobility, and participation (Chen et al., 2020). Our SMI patients improved in these same three domains and also in self-care and household activities, and the differences between our study and previous work may be explained by the longer study period in the earlier report. Our patients, either SMI or CMI, did not improve in terms of work or interaction with other people (Getting along). These results have been reported in other studies of individuals with SMI (Chen et al., 2020; Kästner et al., 2015), but not for CMI patients in India, as the latter authors found an improvement in “disability days” or “day-to-day work” (Thomas et al., 2016). The differences in our findings are likely due to the fact that 53 of 81 people with CMI assessed at baseline discontinued treatment, probably because they improved enough to resume work. In addition, cultural dynamics may influence results regarding work, as work qualification requirements are different in India than in Spain. Regarding the domain “Getting along,” we also did not find a significant improvement, likely because this is a very complex domain in which disability can improve with more specific therapeutic approaches such as ACT.

In addition to the main finding, in which patients with SMI and CMI showed improved degrees of disability in nearly all domains; A secondary finding is that after 1 year, almost half of the patients assessed at baseline were no longer under treatment with the nurse. These are relatively high discontinuation rates, though they reflect real world practice in the mental health nursing. Due to the descriptive approach taken in this study, we did not contact patients for 1-year follow-up assessment if they were not under treatment with the nurse.

The fact that after 1 year most patients receiving treatment from the mental health nurse were people with SMI is supported by previous studies reporting that people with CMI undergoing specialist care had fewer visits on average than those with SMI (Mechanic & Bilder, 2004). Also, this high rate of continued treatment among SMI patients stems from the greater focus on SMI than CMI in the therapeutic activities of mental health nurses in community settings. In SMI care delivery, the nurse is in charge of administering long-acting injectable antipsychotics and long-term psychoeducation, whereas in CMI therapeutic interventions are usually on a need basis and shorter in length.

The main strength of our study is that we reflect mental health nursing practice under real-world conditions in a Spanish community mental health facility, making this a unique follow-up study under routine conditions with no specific treatment. Our study is innovative as we performed a clinical measurement—functionality—that is not currently done systematically in mental health nursing practice. We therefore support the need to assess functionality or disability in mental health patients in order to have a tangible measure of changes throughout follow-up. Our study has nonetheless some limitations, as we provide results from a single facility, making them not generalizable to other settings. A larger population sample, with a multicentric design would be needed to extrapolate these findings, and we did not carry out a preliminary estimation of the sample size. More importantly, other variables that are undoubtedly of interest were not measured due to the real-life nature of the setting. Indeed, additional information such as pharmacological or psychological treatment, therapeutic adherence, or the results of clinical questionnaires would most likely enable researchers to better study disability in mental health.

Conclusion

This article describes the evolution of disability in patients attended by a single mental health nurse over the course of 1 year in a community mental health center. We show how people with SMI tend to remain in treatment with nurses while those with CMI often discontinue treatment. In addition, we found an improvement in overall scores of WHODAS 2.0, representing less disability, specifically as concerns cognition, mobility, self-care, domestic activities, and participation domains. Previous reports have described which domains of WHODAS are most affected in certain mental disorders, though no such research has been carried out in a mental health nursing setting nor has disability been compared between SMI and CMI. We believe a systematic assessment of disability in the mental health setting would be beneficial.

Our results may be used as a basis for future studies, with a control group not receiving the nurse intervention, and evaluating other variables such as the effectiveness of nursing interventions toward the end goal of improving interventions aimed at managing functional impairment and bettering the quality of life of people with both serious and common mental disorders.

Acknowledgments

The authors acknowledge Oliver Shaw, who helped in editing this article.

Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

ORCID iD

Maria Luisa Barrigón  <https://orcid.org/0000-0002-2497-6353>

References

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., de Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, V., Lépine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., Vilagut, G., . . . ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. (2004). Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, *420*, 38–46. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00329.x>
- American Psychiatric Association. (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Author.
- Antunes, A., Frasilho, D., Azeredo-Lopes, S., Neto, D., Silva, M., Cardoso, G., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2018). Disability and common mental disorders: Results from the World Mental Health Survey Initiative Portugal. *European Psychiatry*, *49*, 56–61. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.004>
- Bachrach, L. L. (1988). Defining chronic mental illness: A concept paper. *PS*, *1* de abril de, *39*(4), 383–388.
- Caminero Luna, P., & Castelo Sardina, C. (2012). *Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la Comunidad de Madrid. Planificación estratégica*. Servicio Madrileño de Salud. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/57008/>
- Carlozzi, N. E., Kratz, A. L., Downing, N. R., Goodnight, S., Miner, J. A., Migliore, N., & Paulsen, J. S. (2015). Validity of the 12-Item World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) in individuals with Huntington disease (HD). *Quality of Life Research*, *24*(8), 1963–1971. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-0930-x>
- Chen, R., Liou, T.-H., Miao, N.-F., Chang, K.-H., Yen, C.-F., Liao, H.-F., Chi, W.-C., & Chou, K.-R. (2020). Using World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 in people with schizophrenia: A 4-year follow-up. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *270*(3), 301–310. <https://doi.org/10.1007/s00406-019-01000-5>
- Cotrena, C., Branco, L. D., Kochhann, R., Shansis, F. M., & Fonseca, R. P. (2016). Quality of life, functioning and cognition in bipolar disorder and major depression: A latent profile analysis. *Psychiatry Research*, *241*, 289–296. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.102>
- Federici, S., Bracalenti, M., Meloni, F., & Luciano, J. V. (2017). World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review. *Disability and Rehabilitation*, *39*(23), 2347–2380. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1223177>
- Ferrari, A. J., Charlson, F. J., Norman, R. E., Patten, S. B., Freedman, G., Murray, C. J. L., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS Medicine*, *10*(11), e1001547. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001547>
- Gold, L. H. (2014). DSM-5 and the assessment of functioning: The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, *42*(2), 173–181.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. (2009). *Fòrum de Salut Mental, coordinació. Guia de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. *Guia de Práctica Clínica: AATRM. N° 2006/05-2*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92254/>
- Hernando-Merino, E., Baca-García, E., & Barrigón, M. L. (2021). Comparación de la discapacidad entre trastornos mentales graves y comunes usando la escala WHODAS 2.0. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.08.004>
- Jobe, T. H., & Harrow, M. (2005). Long-term outcome of patients with schizophrenia: A review. *Canadian Journal of Psychiatry*, *50*(14), 892–900. <https://doi.org/10.1177/070674370505001403>
- Kästner, D., Büchtemann, D., Warnke, I., Radisch, J., Baumgardt, J., Giersberg, S., Kopke, K., Mook, J., Kawohl, W., & Rössler, W. (2015). Clinical and functional outcome of assertive outreach for patients with schizophrenic disorder: Results of a quasi-experimental controlled trial. *European Psychiatry*, *30*, 736–742. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.003>
- Ley 44/2003, 21 Noviembre, de Ordenación de Profesiones Sanitarias. Publicado en BOE núm. 280 de 22 de Noviembre de 2003. Vigencia desde 23 de Noviembre de 2003. Revisión vigente desde 29 de Marzo de 2014.
- Luciano, J. V., Ayuso-Mateos, J. L., Fernández, A., Serrano-Blanco, A., Roca, M., & Haro, J. M. (2010). Psychometric properties of the twelve item World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II) in Spanish primary care patients with a first major depressive episode. *Journal of Affective Disorders*, *121*(1–2), 52–58. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.05.008>
- Mechanic, D., & Bilder, S. (2004). Treatment of people with mental illness: A decade-long perspective. *Health Affairs (Project Hope)*, *23*(4), 84–95. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.4.84>
- Merino, E. H., Barrigón, M. L., & Baca-García, E. (2019). *Protocolo de evaluación de la discapacidad en pacientes de Salud Mental*. Biblioteca Lascasas. <https://ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e12409>
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2011). *Common mental health disorders: Identification and pathways to care* (NICE Clinical Guidelines, No. 123.). British Psychological Society.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2011). Overview | Common mental health problems: Identification and pathways to care | Guidance | NICE. *NICE*. <https://www.nice.org.uk/Guidance/cg123>
- National Institute of Mental Health. (1987). *Towards a model for a comprehensive community based mental health system*. Author.
- Saragoussi, D., Christensen, M. C., Hammer-Helmich, L., Rive, B., Touya, M., & Haro, J. M. (2018). Long-term follow-up on health-related quality of life in major depressive disorder:

- A 2-year European cohort study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 1339–1350. <https://doi.org/10.2147/NDT.S159276>
- Sjonnesen, K., Bulloch, A. G. M., Williams, J., Lavorato, D., & Patten, S. B. (2016). Characterization of disability in Canadians with mental disorders using an abbreviated version of a DSM-5 emerging measure: The 12-Item WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0. *Canadian Journal of Psychiatry*, 61(4), 227–235. <https://doi.org/10.1177/0706743716632514>
- Thomas, C. C., Rathod, S. D., De Silva, M. J., Weiss, H. A., & Patel, V. (2016). The 12-item WHO Disability Assessment Schedule II as an outcome measure for treatment of common mental disorders. *Global Mental Health*, 3, e14. <https://doi.org/10.1017/gmh.2016.7>
- Ustün, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J., Kennedy, C., Epping-Jordan, J., Saxena, S., von Korf, M., Pull, C., & WHO/NIH Joint Project. (2010). Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(11), 815–823. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.067231>
- Ustün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S., Rehm, J., & World Health Organization. (2010). *Measuring health and disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0)* (88p). World Health Organization.
- Vázquez-Barquero, J. L. (2006). *Cuestionario para la Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud: (Versión española del World Health Organization Disability Assessment Schedule II): WHO-DAS II*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones.
- World Health Organization. (1992). Tenth revision of the International Classification of Diseases and related health problems (ICD-10). Author.
- World Health Organization. (2000). WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) [Internet]. [citado 12 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health/who-disability-assessment-schedule>
- Yoo, J.-I., Park, J.-S., Kim, R.-B., Seo, A.-R., Park, Y.-J., Kim, M.-J., & Park, K. S. (2018). WHO disability assessment schedule 2.0 is related to upper and lower extremity disease-specific quality of life. *Quality of Life Research*, 27(9), 2243–2250. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1869-5>
- Zhou, W., Liu, Q., Yu, Y., Xiao, S., Chen, L., Khoshnood, K., & Zheng, S. (2020). Proxy reliability of the 12-item world health organization disability assessment schedule II among adult patients with mental disorders. *Quality of Life Research*, 29(8), 2219–2229. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02474-w>

Author Biographies

Elena Hernando-Merino, PMHN is a mental health nurse working in Hospital Clínico San Carlos (Madrid) mental health outpatient facilities.

Enrique Baca-García, MD, PhD is the head of the psychiatry department at Hospital Fundacion Jimenez Diaz in Madrid and professor in Universidad Autonoma de Madrid.

Maria Luisa Barrigón, MD, PhD is a psychiatry working in the mental health department from Hospital Virgen del Rocío (Seville).

Código de identificación de paciente: testpatient

Cuestionario Notas paciente/cuidador Avanzado

- 1 Sociodemográfica
- 2 Diagnóstico
- 3 Situación social / Acontecimientos
- 4 Tratamientos
- 5 Enfermería
- 6 Preamble/Instrucciones
- 7 **Cognición**
- 8 Movilidad
- 9 Cuidado personal
- 10 Relaciones
- 11 Actividades cotidianas I
- 12 Actividades cotidianas II
- 13 Participación
- 14 Conclusiones
- 15 Mini
- 16 Notas

Ahora le voy a hacer unas preguntas sobre comprensión y comunicación.

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:
Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Entender en general lo que dice la gente?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Comenzar y mantener una conversación?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Recordar las cosas importantes que tiene que hacer?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Analizar y encontrar soluciones a los problemas de la vida diaria?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Aprender una nueva tarea, por ejemplo, aprender cómo llegar a un nuevo lugar?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades a la hora de moverse en su entorno.

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:

Estar de pie por largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Pararse luego de estar sentado?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Moverse adentro de su hogar?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Salir de su hogar?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Caminar una larga distancia, como un kilómetro (o equivalente)?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades en su cuidado personal.

Debido a su condición de salud, en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:

Lavarse todo el cuerpo (bañarse)?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Vestirse?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Comer?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Quedarse solo/a durante unos días?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica



Ahora voy a preguntarle acerca de dificultades a la hora de relacionarse con otras personas. Por favor, recuerde que sólo le estoy preguntando acerca de dificultades ocasionadas por problemas de salud. Con esto me refiero a enfermedades, lesiones, problemas mentales o emocionales y problemas relacionados con el uso del alcohol o drogas.

**En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:
Relacionarse con personas que no conoce?**

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Mantener una amistad?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Llevarse bien con personas cercanas a usted?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Hacer nuevos amigos?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Realizar actividades sexuales?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

5 (1) Tareas domésticas

Las siguientes preguntas se refieren a actividades que implican el realizar sus tareas domésticas, cuidar de las personas que conviven con usted o que le son cercanas. Estas actividades incluyen cocinar, limpiar, hacer las compras, así como el cuidado de otras personas y de sus propias pertenencias.

Debido a su condición de salud, en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:
Ocuparse de sus responsabilidades domésticas?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Realizar bien sus tareas domésticas más importantes?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Terminar todo el trabajo doméstico que necesitaba realizar?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Terminar las tareas domésticas tan rápido como era necesario?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

5 (2) Trabajo y actividades escolares.

Ahora voy a hacerle algunas preguntas relacionadas con su trabajo o actividades escolares.

Debido a su condición de salud, en los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:
Llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares diarias?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo o de la escuela?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Terminar todo el trabajo que necesitaba realizar?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Terminar las tareas tan rápido como era necesario?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

Ha tenido que reducir su nivel de trabajo debido a su condición de salud?

- No
- Si
- No aplica

Ha ganado menos dinero debido a su condición de salud?

- No
- Si
- No aplica



Ahora voy a hacerle unas preguntas relacionadas con su participación en la sociedad, y con el impacto que su problema de salud ha tenido sobre usted y su familia. Es posible, que algunas de estas preguntas se refieran a problemas que comenzaron hace más de un mes. Sin embargo, a la hora de contestarlas refiérase exclusivamente a lo ocurrido durante los últimos 30 días. De nuevo, le recuerdo que al contestar cada una de las siguientes preguntas piense en los problemas de salud mencionados con anterioridad: problemas físicos, problemas mentales o emocionales, o problemas relacionados con el uso del alcohol o drogas.

En los últimos 30 días:

¿Cuánta dificultad ha tenido para participar en actividades de su comunidad (por ejemplo, festividades, actividades religiosas o de otro tipo) de la misma forma que cualquier otra persona?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

¿Cuánta dificultad ha tenido debido a barreras u obstáculos existentes en el mundo que lo rodea?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

¿Cuánta dificultad ha tenido para vivir con dignidad debido a las actitudes y acciones de otras personas?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

¿Cuánto tiempo dedicó usted a su condición de salud o a sus consecuencias?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

¿Cuánto ha sido afectado emocionalmente por su condición de salud?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

¿Qué impacto económico ha tenido para usted o para su familia su condición de salud?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

¿Cuánta dificultad ha tenido su familia debido a sus problemas de salud?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica

¿Cuánta dificultad ha tenido para realizar por sí mismo(a) cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?

- Ninguna
- Leve
- Moderada
- Severa
- Extrema/No puede hacerlo
- No aplica



En general, en los últimos 30 días, ¿durante cuántos días ha tenido esas dificultades?

En los últimos 30 días, ¿cuántos días no pudo realizar nada de sus actividades habituales o su trabajo debido a una condición de salud?

En los últimos 30 días, sin contar los días en los que no pudo realizar nada de sus actividades habituales, ¿cuántos días tuvo que recortar o reducir sus actividades habituales o su trabajo por una condición de salud?

Hoja de información y consentimiento para los participantes del estudio

FACTORES PRONÓSTICOS EN PSIQUIATRÍA. USO DE PLATAFORMAS ONLINE PARA EL ESTUDIO ECOLÓGICO DE LA EVOLUCIÓN (Ecological momentary assessment) DE PACIENTES SEGUIDOS EN DISPOSITIVOS DE SALUD MENTAL

HOJA DE INFORMACIÓN

La mitad de las causas de un trastorno mental se deben a la herencia. El objeto de este estudio es comprobar los factores hereditarios, biológicos y ambientales que están implicados en las enfermedades mentales y en la conducta suicida.

Diseño del estudio

Se trata de un estudio longitudinal en pacientes con trastornos mentales. La duración del estudio será de cinco años.

En que consiste la participación

Su participación en este estudio implica contestar a unas preguntas en la consulta y en una pagina web para cuyo acceso se le facilitaran unas claves anónimas que no están relacionada con ningún dato personal que pueda identificarle.

Beneficios y riesgos de participar en este estudio

El beneficio de este estudio es profundizar en el conocimiento de esta enfermedad que afecta a un número tan elevado de personas de modo que podamos mejorar su diagnóstico y tratamiento y prevención. A corto plazo los resultados de este estudio no supondrán un beneficio directamente para Ud.

Este estudio puede ayudar a identificar aspectos de la enfermedad mental que contribuyan a descubrir nuevas posibilidades diagnósticas o terapéuticas. En el caso de que se desarrollara un nuevo tratamiento o test médico, el participante no recibiría ningún beneficio económico en el futuro.

Los riesgos de participar en este estudio son mínimos o inexistentes. Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Fundación Jiménez Díaz.

Aspectos éticos

Garantía de participación voluntaria

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y su decisión no afectará en ningún momento la asistencia que está recibiendo en el hospital ni la que pueda precisar en el futuro. Además en el caso de que acepte participar en este estudio es Ud. libre de abandonarlo sin tener que dar explicaciones cuando lo desee, en cualquier momento del mismo.

Confidencialidad

El investigador se responsabiliza de que en todo momento se mantenga la confidencialidad respecto a la identificación del participante en los datos clínicos. Los datos de esta investigación quedaran archivadas con un código que será el mismo que aparecerá a lo largo de todo el estudio, con lo que de esta forma se evita cualquier posibilidad de que los participantes puedan ser identificados.

¿Qué hacen los investigadores con los datos que recogen?

Los datos se guarda en ficheros informáticos. Como ya hemos comentado previamente a cada participante se le adjudica un código. Con estos datos se realizaran análisis estadísticos para relacionar los resultados clínicos y de las cuestionarios.

Puede Ud. realizar cualquier pregunta o duda en relación al estudio. Los investigadores del estudio están a su disposición para contestarlas, ahora y a lo largo de los tres años del estudio. Puede Ud. encontrarlos en las siguientes direcciones y teléfonos:

Investigador:	Dr. Baca García
Centro:	Servicio de Psiquiatría. Fundación Jiménez Díaz. Clínica de la Concepción
Señas:	Avda. Reyes Católicos 2. 28040 Madrid
Teléfono:	915504800 (ext. 4987)

CONSENTIMIENTO INFORMADO POR ESCRITO

Acepto participar de forma voluntaria en el mencionado estudio. He comentado el estudio con el/la investigador/a, y he leído la hoja de información por escrito del estudio. He tenido la oportunidad de hacer las preguntas que me han parecido, comprendo los riesgos y beneficios que se desprenden del estudio y que mi participación en el mismo es voluntaria y que puedo retirarme cuando quiera de él.

Comprendo que mi participación en el estudio incluye una entrevista en el hospital y contestar preguntas a través de una página web.

Comprendo que no voy a recibir un beneficio directo de mi participación en esta investigación (con excepción de un asesoramiento médico en el caso que sea necesario) y que no voy a recibir ningún beneficio económico en el futuro en el caso de que se desarrollara un nuevo tratamiento o test medico.

Entiendo que la información del estudio será confidencial y que ninguna persona no autorizada tendrá acceso a los resultados.

Sé como ponerme en contacto con los investigadores del estudio si lo preciso.

Nombre del participante:

Firma del participante:

Fecha:

Nombre del investigador:

Centro de investigación: Clínica de la Concepción (Fundación Jiménez Díaz, Madrid).

Firma del investigador:

Fecha:

Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Fundación Jiménez Díaz.