

Valoración del Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana y de la Escala Breve de Valoración Psiquiátrica como instrumentos predictores del tiempo de ingreso hospitalario

J. Ballesteros Rodríguez^{a,b}, L. Martínez Peña^c, M. Martín Carrasco^d, N. Ibarra Gandiaga^a y A. Bulbena Vilarrosa^e

^aFundación M^a Josefa Recio-Instituto de Investigaciones Psiquiátricas. Bilbao. ^b Universidad del País Vasco. Leioa. ^cPrograma Master en Psicología Clínica. Hospital Aita Menni. Mondragón. ^dClínica Padre Menni. Pamplona. ^eUniversidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.

Assessment of the Life Skills Profile and the Brief Psychiatric Rating Scale as predictors of the length of psychiatric hospitalization

Resumen

Introducción. El tiempo de ingreso hospitalario se utiliza en entornos administrativos como indicador indirecto de la efectividad y eficiencia de programas de tratamiento, y es infrecuente que otros factores relacionados se tomen en cuenta. Los objetivos de este estudio son analizar la relación entre gravedad psicopatológica y funcionamiento adaptativo, y valorar el poder predictivo de ambos constructos sobre el tiempo de ingreso.

Metodología. Estudio multicéntrico prospectivo ($n = 132$). La variable de resultado es el tiempo de ingreso truncado a 90 días. Las variables explicativas son la gravedad psicopatológica (Escala breve de valoración psiquiátrica [BPRS]) y el funcionamiento adaptativo (Perfil de habilidades de la vida cotidiana [LSP]) de los pacientes a su ingreso.

Resultados. Después de ajustar por edad, género y diagnóstico psiquiátrico al alta, la presencia de síntomas negativos ($OR = 2,3$; $IC: 95\% = 1,3 - 4,1$), la capacidad de vida autónoma ($OR = 0,85$; $IC 95\% = 0,78 - 0,93$), y la puntuación total en la escala LSP ($OR = 0,96$; $IC 95\% = 0,93 - 0,98$) se asociaron significativamente al tiempo de ingreso. Estas tres variables no se diferenciaron en su poder predictivo ($\chi^2 = 1,9$ con 2 g.l.; $p = 0,4$).

Conclusiones. Los déficits de funcionamiento adaptativo son tan importantes como la sintomatología negativa en la predicción del tiempo de ingreso. Ambos dominios de evaluación debieran incluirse en la información administrativa de alta.

Palabras clave: LSP, BPRS, tiempo de ingreso, funcionamiento adaptativo, síntomas negativos, capacidad de vida autónoma.

Summary

Introduction. Length of hospital stay is generally used as an indirect indicator of effectiveness and efficiency of treatment programs, but it is uncommon that other factors related with hospital stay are also contemplated. The aims of this study are to analyse the relationship between illness severity and adaptative behavior and to assess the predictive power of both constructs on the length of hospital stay.

Methods. Multicenter prospective study ($n = 132$). The outcome variable is the length of hospital stay cut off at 90 days. The illness severity (BPRS) and the adaptative behavior (LSP) of psychiatric patients are explanatory variables.

Results. After adjusting for age, gender and psychiatric diagnosis, negative symptoms ($OR = 2.3$; $95\%CI = 1.3 - 4.1$), self-competence ($OR = 0.85$; $95\% CI = 0.78 - 0.93$), and the total LSP score ($OR = 0.96$; $95\% CI = 0.93 - 0.98$), were significantly associated to the length of hospital stay. These three variables shared a similar predictive power ($\chi^2 = 1.9$ on 2 d.f.; $P = 0.4$).

Conclusion. Deficits in adaptative behaviour are as relevant as negative symptoms to explain the length of hospital stay. Both assessment domains should be included in the administrative information at discharge.

Key words: LSP, BPRS, length of stay, adaptative behavior, negative symptoms, self-competence.

CORRESPONDENCIA:

J. Ballesteros.
Hospital Aita Menni.
Instituto de Investigaciones Psiquiátricas.
C/ Egaña 10.
48010 Bilbao.
Correo electrónico: asesoria@fundacion-iip.org

INTRODUCCIÓN

La efectividad de la medicación neuroléptica y la integración de la atención a los pacientes con enfermedades mentales en el sistema general de salud tras la reforma psiquiátrica iniciada en la década de los años ochenta, ha dado lugar a un importante proceso de

desinstitucionalización de estos pacientes. Como consecuencia del mismo, los programas de rehabilitación se han centrado tanto en potenciar la formación vocacional y laboral¹⁻³, como en mejorar aquellas habilidades del paciente psiquiátrico cuyo dominio se traduzca en una mejora de la calidad de vida fuera del entorno psiquiátrico⁴. Así, el proceso de rehabilitación psiquiátrica incluye la evaluación de las competencias del individuo y la identificación de las demandas y apoyos del ambiente, además de la implementación de métodos de tratamiento que pretenden mejorar la competencia, reducir las demandas e incrementar los apoyos sociales.

Este cambio de perspectiva ha afectado tanto al proceso de evaluación inicial del paciente psiquiátrico, como a la evaluación post-tratamiento. La disminución o desaparición de los síntomas específicos de cada trastorno se ha convertido tan sólo en una primera fase del proceso, que debe llevar a una segunda fase en la que se valore el funcionamiento adaptativo del paciente. Como consecuencia, el desempeño de los pacientes en las actividades de la vida diaria ha pasado a ocupar un primer plano en su evaluación en las áreas social, laboral y familiar¹⁻³. Esta nueva concepción de la evaluación y la rehabilitación, en la que se implican todas las áreas de funcionamiento del paciente, ha creado la necesidad de incluir junto a los instrumentos clásicos de evaluación psicopatológica otras pruebas que recojan información acerca del nivel de funcionamiento adaptativo y las incapacidades del paciente psiquiátrico.

Por otro lado, la medida de efectividad que presentan los tratamientos ofertados a los pacientes suele basarse en numerosos estudios en la duración del tiempo de estancia hospitalaria. En realidad, la mayor parte de los estudios que incluyen el factor «coste del tratamiento» en el análisis de la efectividad, utilizan la duración del ingreso hospitalario como variable indirecta del coste^{5,6}. Sin embargo, pocos de esos estudios tienen en cuenta el impacto que factores derivados de la gravedad sintomatológica de la enfermedad, o del funcionamiento adaptativo de los pacientes, puedan tener con relación al incremento o disminución de los tiempos de ingreso⁷.

El objetivo general de este estudio consistió en identificar factores de funcionamiento adaptativo y de gravedad psicopatológica que pudieran explicar la variabilidad en la duración de la estancia hospitalaria en una muestra de pacientes psiquiátricos. Los objetivos concretos del estudio se centraron en: analizar la relación que existe entre la gravedad psicopatológica al ingreso y su funcionamiento adaptativo, y valorar el posible poder predictivo de ambos dominios de evaluación con relación al tiempo de estancia hospitalaria hasta el alta médica. Las hipótesis *a priori* fueron que ambos dominios de evaluación eran independientes entre sí, por lo que valorarían aspectos complementarios de la enfermedad mental, y que ambos criterios (gravedad psicopatológica y funcionamiento adaptativo) eran predictores del tiempo de ingreso.

PACIENTES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

El diseño general fue de un estudio multicéntrico prospectivo. En todos los pacientes se recogió información clínica sobre la gravedad y discapacidad del cuadro psiquiátrico que justificaba su internamiento en el momento del ingreso. Para valorar la capacidad predictiva de ambas informaciones se siguió a la cohorte de pacientes hasta el momento de su alta clínica. Dado que una parte de la variabilidad en el tiempo de ingreso pudiera explicarse por los distintos sistemas de pago por paciente (asistencia pública, seguros privados) en los servicios sanitarios involucrados en este estudio, se decidió truncar a 90 días el tiempo de seguimiento hasta el alta clínica. La principal razón para ello es que tres meses suele ser el período máximo de internamiento pagado por seguros sanitarios privados.

Pacientes en estudio

Fueron incluidos en el estudio todos los nuevos ingresos psiquiátricos realizados durante un período de cuatro meses (diciembre 1996 – febrero 1997) en los servicios psiquiátricos de seis centros clínicos, sin ánimo de lucro, pertenecientes a la congregación de las Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús. Estos centros están ubicados en distintas provincias y Comunidades Autónomas, y estaban, en parte, concertados con los correspondientes sistemas sanitarios públicos. El Complejo Hospitalario San Luis de Palencia, el Centro Hospitalario Benito Menni de Valladolid, y el Sanatorio Psiquiátrico Nuestra Señora del Rosario de Santander, mantenían conciertos de asistencia con el Insalud. El Hospital Psiquiátrico Aita Menni de Mondragón mantenía conciertos con el Servicio Vasco de Salud – Osakidetza, mientras que la Clínica Psiquiátrica Padre Menni de Pamplona y la Clínica Psiquiátrica Nuestra Señora del Pilar de Elizondo, Navarra, mantenían conciertos con el Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea. Además de prestar servicio a los sistemas públicos de salud, varios de esos centros tenían también convenios asistenciales con distintos planes de seguros sanitarios de ámbito privado.

Fueron criterios de exclusión el ingreso en unidades hospitalarias especiales (unidades de psiquiatría infanto-juvenil, daño cerebral y programas rápidos de desintoxicación), y presentar diagnósticos de trastorno mental orgánico o retraso mental. Estos criterios de exclusión se basaron en la inadecuación de los instrumentos de medición seleccionados a dichos diagnósticos, o a la población que ingresó en los servicios señalados.

Variable de resultado y variables explicativas

La única variable de resultado en este estudio es el tiempo (en días) que los pacientes permanecieron hospitalizados desde su ingreso hasta su alta médica. Por las

razones ya expuestas la duración del ingreso se truncó en 90 días. A falta de un criterio preciso para categorizar los tiempos de estancia, y dada la no normalidad de su distribución, se decidió dicotomizar el tiempo de ingreso en función de los resultados de un análisis preliminar de *clusters*. El procedimiento utilizado fue el de *k-means*⁸. Las dos categorías de tiempo de ingreso así definidas fueron: ingresos cuya estancia máxima fue de 38 días ($n = 97$; 73,5%), e ingresos con una estancia de 40 a 90 días ($n = 35$; 26,5%).

Las variables explicativas fueron la gravedad psicopatológica del cuadro psiquiátrico que justificó el ingreso, y el funcionamiento adaptativo. La gravedad psicopatológica se evaluó mediante la Escala Breve de Valoración Psiquiátrica (BPRS)⁹ mientras que el funcionamiento adaptativo de los pacientes se valoró mediante el Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana (LSP)^{10,11} en su validación española^{12,13}. El LSP evalúa el nivel de funcionamiento general e incapacidad de sujetos con trastornos mentales crónicos en situaciones y tareas comunes. Consta de 39 ítems organizados en cinco subescalas que evalúan autocuidado, comportamiento social interpersonal, contacto social y comunicación, comportamiento social no personal y vida autónoma. La versión española presenta elevados índices de consistencia interna, fiabilidad interexaminadores y validez concurrente^{12,13}. El LSP se ha utilizado en la valoración de la incapacidad legal¹⁴ y ha presentado buena capacidad predictiva en distintas áreas clínicas¹⁵. La escala BPRS⁹ es un instrumento clásico para valorar los cambios en la intensidad de la gravedad psicopatológica tras la aplicación de programas de tratamiento. A pesar de la existencia de una nueva generación de escalas psicopatológicas, el BPRS sigue siendo uno de los estándares en la investigación psicofarmacológica de efectividad clínica¹⁶. En su versión original consta de 18 ítems que evalúan cinco áreas sintomáticas: ansiedad-depresión; anergia; trastornos del pensamiento; activación y hostilidad. Igualmente se recogen dos subescalas, una para los síntomas positivos y otra para síntomas negativos que contiene los mismos ítems que el área que evalúa anergia.

Análisis estadísticos

Se realizaron análisis univariados para describir distribuciones de frecuencias y otros estadísticos (media, DE). La asociación entre las puntuaciones totales y las de las subescalas del BPRS y del LSP se valoró aplicando la correlación de Pearson ajustada para comparaciones múltiples. Se examinó la linealidad de las correlaciones mediante técnicas gráficas de suavizado. Se realizaron análisis bivariados exploratorios (prueba exacta de Fisher; prueba «t» para diferencia de medias) entre la variable tiempo de ingreso (dicotomizada) y las posibles variables explicativas y de confusión. Estos análisis fueron previos al modelado del tiempo de ingreso que se realizó mediante regresión logística¹⁷. Los análisis de regresión logística incluyeron tanto la asociación cruda de la gravedad psicopatológica y funcionamiento adaptativo con el

TABLA 1. Flujo de pacientes del estudio

Pacientes elegibles
N = 199
Pacientes excluidos por criterios de alta no clínicos
Derivación otros servicios: 14
Alta voluntaria: 20
Fuga: 4
Otros motivos: 5
Pacientes excluidos por tiempos de ingreso > 90 días
N = 24
Pacientes incluidos
N = 132

tiempo de estancia, como su asociación ajustada por posibles variables de confusión (diagnóstico psiquiátrico al alta, género y edad). El efecto de cada variable sobre el tiempo de ingreso se valoró mediante la *odds ratio* (OR) de asociación. La capacidad predictiva de las variables explicativas seleccionadas para el modelo final se valoró mediante el cálculo del área bajo la curva (AUC), que representa la probabilidad de asignar un sujeto a una de las categorías del tiempo de ingreso dada su puntuación en la variable explicativa¹⁸. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa STATA en su versión 7.

RESULTADOS

Muestra estudiada

La tabla 1 recoge el flujo de pacientes que fueron incluidos en el estudio de entre los inicialmente elegibles, así como las razones para la no inclusión. Las principales características de la muestra se recogen en la tabla 2. Los pacientes presentaron un rango amplio de edad, fueron mujeres en su mayoría, con un porcentaje similar de solteros y casados. Una pequeña proporción de pacientes eran laboralmente activos. Es de señalar que 33 personas estaban en situación de pensionistas o jubilados ($n = 23$), o de incapacidad laboral ($n = 10$). Hubo un importante porcentaje de pacientes con niveles escolares avanzados, lo que justifica también su distribución según nivel socioeconómico. Algo más de una cuarta parte de los pacientes presentaron tiempos de ingreso superiores a 40 días, y resalta el alto porcentaje de ingresos privados. Los diagnósticos de alta fueron los esperables dada la población en estudio: trastornos por dependencias (principalmente alcoholismo), esquizofrenia y trastornos esquizofreniformes, y trastornos afectivos.

Variables asociadas a la duración del ingreso hospitalario. Análisis exploratorios

TABLA 2. Características sociodemográficas y clínicas de la muestra estudiada (n=132)

<i>Variables</i>	<i>Características</i>
Edad, años (media, DE)	45,7 (15,9)
Género (n %)	
Varones	57 (43,2)
Mujeres	75 (56,8)
Estado civil (n %)	
Soltero	60 (46,9)
Casado	51 (39,8)
Otros	17 (13,3)
Situación laboral (n %)	
Trabajo	50 (38,2)
Otras	82 (61,8)
Nivel de estudios (n %)	
Ninguno/primarios	52 (40,0)
FP/BUP/COU	53 (40,8)
Universitarios	25 (19,2)
Nivel socioeconómico (n %)	
Bajo/medio bajo	24 (18,2)
Medio	52 (39,4)
Medio alto/alto	56 (42,4)
Diagnóstico de alta, CIE-10 (n %)	
Dependencias	33 (25,0)
Esquizofrenia	29 (22,0)
Trastornos afectivos	39 (29,5)
Trastornos neuróticos	20 (15,1)
Trastornos personalidad	11 (8,3)
Ingresos psiquiátricos previos (media, DE)	3,8 (5,7)
Tipo de ingreso (n %)	
Privado	65 (49,2)
Público	67 (50,8)
Tiempo de ingreso, días (n %)	
3 - 38	97 (73,5)
40 - 90	35 (26,5)

Ninguna de las variables de confusión previstas se asoció significativamente con la duración del ingreso. Ni

la edad (t -test = $-0,16$, 130 gl, $p = 0,87$), ni el género (p según la prueba exacta de Fisher = 1,0), ni el diagnóstico psiquiátrico al alta (p según la prueba exacta de Fisher = 0,83).

La tabla 3 presenta los resultados de la asociación entre las variables clínicas y de funcionamiento adaptativo y la duración del ingreso. La mayor parte de las variables psicopatológicas no fueron capaces de discriminar entre los grupos definidos por los días de ingreso. Solamente la puntuación en síntomas negativos se asoció con el tiempo de estancia, siendo el grupo de mayor estancia el que presentó mayores puntuaciones, o lo que es lo mismo mayor gravedad. Lo mismo sucedió en la subescala de trastornos del pensamiento, aunque en este caso la significación estadística fue marginal. Por el contrario, las variables de funcionamiento adaptativo discriminaron entre los dos grupos en comparación. Tan sólo una variable, el comportamiento social no personal, no se asoció significativamente con el tiempo de ingreso. Tanto la puntuación global de la escala LSP, como la de la mayoría de sus subescalas: autocuidados, comunicación – contacto social, comportamiento social interpersonal, y vida autónoma, se asociaron significativamente con el tiempo de estancia hospitalaria. El grupo de menor tiempo de ingreso presentó mayores puntuaciones en dichas escalas, o lo que es lo mismo, presentó mejor funcionamiento adaptativo al ingreso que el grupo de mayor estancia.

Correlaciones entre las variables asociadas a la duración del ingreso hospitalario

La tabla 4 recoge la matriz de correlaciones entre las variables de la escala BPRS y de la escala LSP que se asociaron significativamente con el tiempo de ingreso. En esta matriz se pueden apreciar dos claros patrones. Por un lado, la asociación significativa entre las subescalas de cada instrumento de medición y, por otro, la independen-

TABLA 3. Asociación entre variables psicopatológicas (BPRS), de funcionamiento adaptativo (LSP) y la duración del ingreso hospitalario

<i>Variables (media, DE)</i>	<i>Días ingreso</i>		<i>P</i>
	<i>≤ 38 días N = 97</i>	<i>≥ 40 días N = 35</i>	
BPRS total	38,0 (9,9)	40,4 (9,5)	0,22
Síntomas positivos	1,8 (0,8)	2,1 (0,9)	0,08
Síntomas negativos	1,4 (0,6)	1,8 (0,8)	0,002
Ansiedad – depresión	3,1 (1,1)	3,0 (1,2)	0,58
Trastornos pensamiento	1,6 (0,9)	2,0 (1,2)	0,05
Activación	2,5 (1,0)	2,2 (1,0)	0,17
Hostilidad	1,9 (1,1)	2,2 (1,1)	0,42
LSP total	131,9 (14,6)	119,4 (22,2)	0,0004
Autocuidados	35,2 (4,1)	32,5 (6,6)	0,007
Comunicación – contacto social	20,2 (3,2)	18,4 (4,2)	0,01
Comportamiento social interpersonal	33,9 (3,9)	31,5 (6,5)	0,01
Comportamiento social no personal	21,6 (3,2)	20,3 (3,9)	0,07
Vida autónoma	20,9 (4,6)	16,7 (5,5)	0,0001

TABLA 4. Matriz de correlaciones entre variables de la escala BPRS y de la escala LSP (n=126)

	<i>Thot</i>	<i>Sintneg</i>	<i>LSP total</i>	<i>Autocuid</i>	<i>Comunica</i>	<i>Cominter</i>	<i>Autónoma</i>
Thot	1						
Sintneg	,37 *	1					
LSP total	-,05	-,18	1				
Autocuid	-,05	-,14	,88 *	1			
Comunica	-,09	-,19	,73 *	,54 *	1		
Cominter	-,01	-,09	,80 *	,66 *	,41 *	1	
Autónoma	-,09	-,22	,79 *	,62 *	,60 *	,42 *	1

* $p < 0,05$ después del ajuste para comparaciones múltiples. Thot: trastornos del pensamiento; Sintneg: síntomas negativos; LSP total: la puntuación total de la escala LSP; Autocuid: autocuidados; Comunica: comunicación y contacto social; Cominter: comportamiento social interpersonal; Autónoma: capacidad de vida autónoma.

cia entre las áreas de medición cubiertas por los dos instrumentos en estudio. Esto señala que ambos instrumentos son independientes en cuanto a sus áreas de medición. La presencia de correlaciones negativas entre las áreas cubiertas por el LSP y el BPRS se debe al distinto tipo de puntuación en ambas escalas. En la escala BPRS las puntuaciones más altas indican mayor gravedad psicopatológica, mientras que en la escala LSP las puntuaciones mayores representan mejor funcionamiento adaptativo.

En la figura 1 es posible apreciar, a partir del ajuste suavizado, la escasa relación entre las dos áreas de medición de la escala BPRS asociadas al tiempo de estancia (síntomas negativos y trastornos del pensamiento), y las cinco áreas correspondientes a la escala LSP. Respecto de desviaciones de la linealidad, los aspectos más problemáticos se refieren a la relación entre autocuidado y comunicación y contacto social; entre autocuidado y comportamiento social interpersonal; y entre comunicación y contacto social y vida autónoma. Estas relaciones pare-

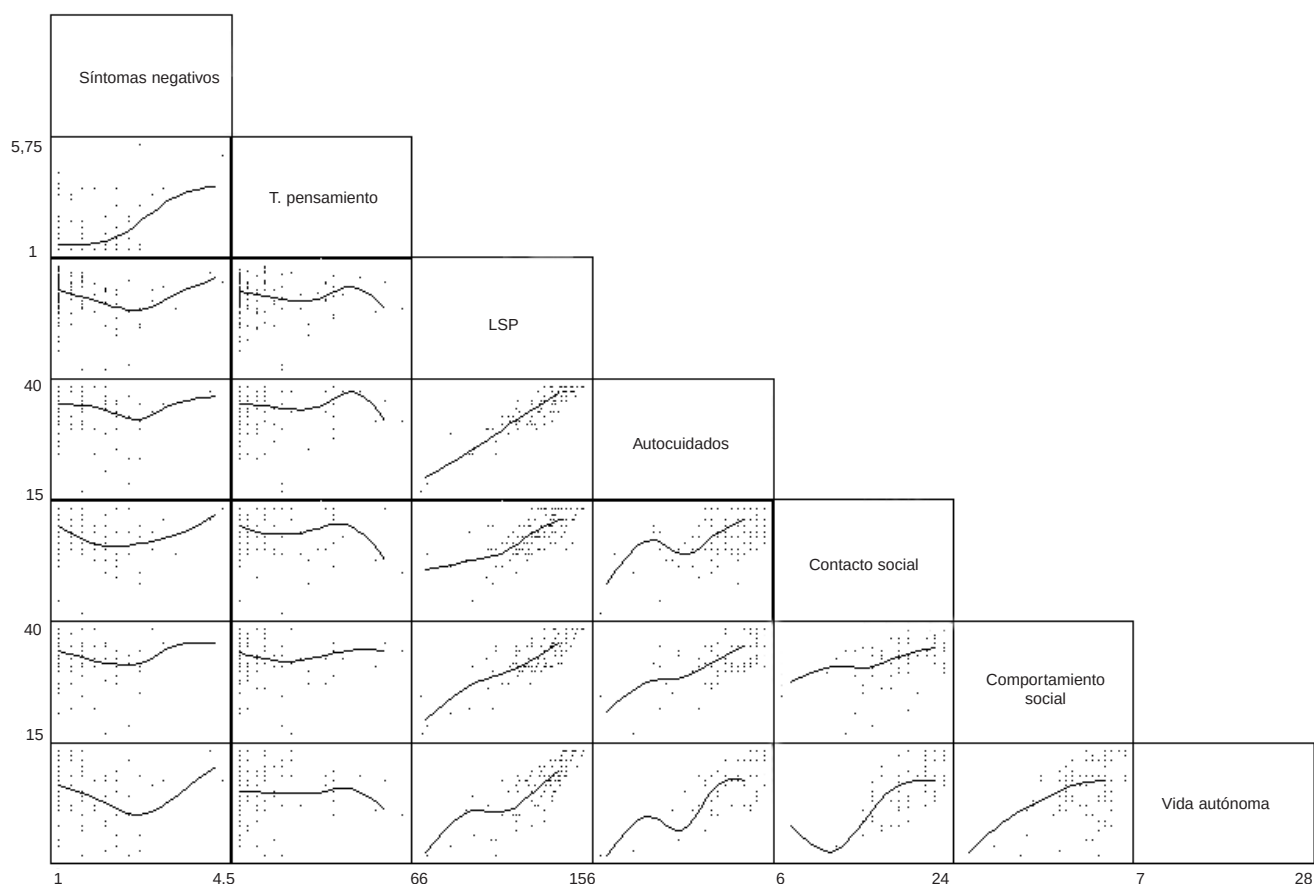


Fig. 1. Representación gráfica de la asociación entre las variables psicopatológicas con capacidad predictiva sobre la duración del ingreso hospitalario y variables de funcionamiento adaptativo.

TABLA 5. Asociación de variables psicopatológicas (BPRS) y de funcionamiento adaptativo (LSP) con la duración de la estancia hospitalaria (≤ 38 días/ ≥ 40 días)

Variable	Modelo regresión logística		AUC (IC 95%)
	Crudo OR (IC 95%)	Ajustado * OR (IC 95%)	
BPRS (N = 132)			
Trastornos pensamiento	1,4 (0,9 – 2,0)	1,4 (0,9 – 2,2)	0,59 (0,48 – 0,71)
Síntomas negativos	2,3 (1,3 – 4,0)	2,3 (1,3 – 4,1)	0,66 (0,55 – 0,77)
LSP (N = 126)			
LSP total	0,96 (0,94 – 0,98)	0,96 (0,93 – 0,98)	0,68 (0,56 – 0,78)
Autocuidados	0,90 (0,83 – 0,98)	0,90 (0,82 – 0,98)	0,61 (0,50 – 0,73)
Comunicación – contacto social	0,87 (0,78 – 0,97)	0,88 (0,78 – 0,99)	0,63 (0,52 – 0,74)
Comportamiento social interpersonal	0,90 (0,83 – 0,98)	0,87 (0,78 – 0,96)	0,59 (0,47 – 0,71)
Vida autónoma	0,85 (0,78 – 0,93)	0,85 (0,78 – 0,93)	0,72 (0,61 – 0,82)

* Modelo ajustado por edad, género y diagnóstico psiquiátrico al alta médica. OR: *odds ratio* de asociación; IC 95% son los intervalos de confianza al 95% de las estimaciones del efecto; AUC: área bajo la curva.

cen ser más curvilíneas que lineales. En cualquier caso, el aspecto básico ya apuntado de asociación intra-escalas e independencia entre-escalas se recoge claramente.

Capacidad predictiva de las variables psicopatológicas y de funcionamiento adaptativo respecto a la duración del ingreso hospitalario

La tabla 5 presenta el análisis de la asociación de variables del BPRS y del LSP con el tiempo de ingreso. Las variables de confusión previstas *a priori* no afectaron a las estimaciones dado que éstas fueron similares entre el modelo crudo y el ajustado. De las variables psicopatológicas seleccionadas a partir de los análisis previos, sólo el aumento en la presencia de síntomas negativos se asoció a tiempos de estancia más largos ($p < 0,05$; AUC = 0,66). Todas las variables del LSP seleccionadas, incluida su puntuación global, se asociaron al tiempo de ingreso. Su mayor puntuación o, en otras palabras, el mejor funcionamiento adaptativo en cada área, fue un factor preventivo de mayores tiempos de estancia hospitalaria (OR significativamente menores de la unidad; $p < 0,05$). Dados los valores AUC, la capacidad de vida autónoma (AUC = 0,72) y la puntuación total de la escala LSP (AUC = 0,68), fueron las variables de funcionamiento adaptativo que mejor discriminaron entre estancias medias y largas. Un análisis conjunto de los valores AUC para los síntomas negativos, la capacidad de vida autónoma y la puntuación total de la escala LSP, señaló que ninguna de esas variables era significativamente distinta a las demás en su capacidad predictiva ($\chi^2 = 1,86$ con 2 gl; $p = 0,39$).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio apoyan las hipótesis de partida. La gravedad psicopatológica presente en los pacientes psiquiátricos a su ingreso, fundamentalmente

la presencia e intensidad de síntomas negativos, así como la valoración de su funcionamiento adaptativo, son variables que se asocian significativamente a la duración del ingreso hospitalario. A su vez, las variables psicopatológicas y las de funcionamiento adaptativo son independientes entre sí y, por lo tanto, son informaciones complementarias para valorar el perfil de gravedad del paciente psiquiátrico. Es de señalar que variables típicamente relacionadas con la duración del ingreso como la edad, el género, y el diagnóstico psiquiátrico al alta no han presentado dicha asociación en este estudio, y de hecho tampoco son variables de confusión en el análisis ajustado.

La muestra de pacientes estudiada representa el espectro de patologías y pacientes normalmente atendidos en los centros que participaron en este estudio, por lo que la generalización de nuestros resultados a otros medios debería hacerse con cautela. No obstante la inclusión de pacientes provenientes tanto del sistema público de salud como de seguros sanitarios de ámbito privado garantizó una adecuada variabilidad clínica y social en nuestra muestra, por lo que creemos que los resultados presentados tienen una adecuada validez externa.

Los resultados del estudio plantean implicaciones tanto en el ámbito de la gestión sanitaria como en el desarrollo de programas de tratamiento. En el área de gestión, una de las herramientas más utilizadas para valorar costes es la de los grupos diagnósticos relacionados (GDR). Con esta herramienta –o aproximaciones similares que se basan fundamentalmente en el diagnóstico de alta– se pretende equiparar agrupaciones diagnósticas con tiempos de estancia, ya que éstos son los indicadores de coste más utilizados. Sin embargo, la aplicación de GDR en psiquiatría no ha satisfecho ni a gerentes ni a clínicos^{5,6,19}, y ello es debido a la alta variación en la duración de la estancia hospitalaria recogida para los mismos diagnósticos. Los resultados de nuestro estudio abundan en esa dirección al señalar que los diagnósticos psiquiátricos de alta no están asociados a los tiempos de estancia,

aquí caracterizados mediante análisis de *clusters*. La alternativa a los GDR, o indicadores similares, pasa por implementar en psiquiatría la recogida sistemática de otro tipo de informaciones que puedan ajustar la información derivada básicamente del diagnóstico de alta²⁰. ¿Cuál sería el tipo de información necesaria para complementar los datos de las bases administrativas?, los resultados de nuestro estudio apuntan a que la presencia y gravedad de síntomas negativos al ingreso, y la baja capacidad de funcionamiento adaptativo de los pacientes podrían ser parte de esa información complementaria.

La presencia de síntomas negativos, tales como el retraimiento afectivo, la inhibición motora, el embotamiento afectivo, y la desorientación, se ha relacionado clásicamente con un peor pronóstico del cuadro psiquiátrico²¹. Son igualmente los síntomas más resistentes a la desaparición tras tratamiento. No es extraño, por tanto, que se asocien al tiempo de ingreso psiquiátrico. Por el contrario, los síntomas positivos suelen ser los menos refractarios al tratamiento, y en nuestro estudio no se asocian a la duración del ingreso hospitalario.

Los cambios en la presencia e intensidad de síntomas psicopatológicos, como los valorados por el BPRS, suelen ser los criterios habitualmente utilizados en clínica para valorar la eficacia del tratamiento administrado, y recomendar –o no– el alta clínica del paciente. Por su parte, los cambios en el funcionamiento adaptativo de los pacientes no suelen ser suficientemente valorados en clínica. Sólo algún área parcialmente relacionada, como los cambios en la calidad de vida, está siendo introducida como medida complementaria de eficacia en ensayos clínicos²². Nuestros resultados apoyan que el funcionamiento adaptativo de los pacientes es tan, o incluso algo más discriminante que los síntomas psicopatológicos a la hora de explicar la duración del ingreso hospitalario. Un corolario de esto es que el entrenamiento en las habilidades de la vida cotidiana debiera ser una parte consustancial en los programas de tratamiento de pacientes psiquiátricos. En la era de la psicofarmacología, y en aras de una eficiencia valorada comúnmente a corto plazo, los tratamientos se basan principalmente en aproximaciones biológicas, sin demasiada consideración a la mejora de áreas de la vida afectadas por la enfermedad mental más allá de la mejora sintomatológica. Este estudio señala que la psicopatología y el funcionamiento adaptativo pueden ser dominios relativamente independientes, por lo que sería plausible la mejora en uno de ellos (normalmente en los síntomas psicopatológicos) sin que mejorase el otro. Esto podría significar, a largo plazo, peores pronósticos y mayores tasas de recidiva¹⁵.

AGRADECIMIENTOS

A M. Franco (Palencia); A. Domínguez (Mondragón); C. García (Santander); C. Loizaga (Pamplona); J. De Blás (Elizondo); y R. San Miguel (Valladolid), coordinadores del proyecto en cada centro de estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bedia MA, Arrieta M, Tazón A, Fernández-Modamio M, Paya B, Lastra I. Rehabilitación sociolaboral de personas con esquizofrenia: variables relacionadas con el proceso de inserción. *Actas Esp Psiquiatr* 2001;29:357-67.
2. Cook JA, Razzano L. Vocational rehabilitation for persons with schizophrenia: recent research and implications for practice. *Schizophr Bull* 2000;26:87-103.
3. Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *Br Med J* 2001;322:204-8.
4. Nicol MM, Robertson L, Connaughton JA. Life skills programmes for chronic mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(Issue 2):CD000381.
5. Mezzich JE. Architecture of clinical information and prediction of service utilization and cost. *Schizophr Bull* 1991;17:469-74.
6. Newman FL, McGovern MP. Simple measures of case mix in mental health services. *Eval Program Plann* 1987;10:197-200.
7. Bulbena A, Zúñiga A, Martín M, Ballesteros J. Gravedad clínica en psiquiatría. En: Bulbena A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa P, editores. *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona: Masson; 2000. p. 61-7.
8. Everitt BS. *Cluster analysis*. London: Edward Arnold; 1993.
9. Overall J, Gordham D. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep* 1962;10:799-812.
10. Parker G, Rosen A, Emdur N, Hadzi-Pavlovic D. The Life Skills Profile: psychometric properties of a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1991;83:145-52.
11. Rosen A, Hadzi-Pavlovic D, Parker G. The Life Skills Profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1989;15:325-37.
12. Bulbena A, Fernández de Larrinoa P, Domínguez AI. Adaptación castellana de la escala LSP (Life Skills Profile), perfil de habilidades de la vida cotidiana. Estructura y composición factorial. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1992;20:71-5.
13. Fernández de Larrinoa P, Bulbena A, Domínguez AI. Estudio de fiabilidad, validez y consistencia interna de la escala LSP (Life Skills Profile). Perfil de habilidades de la vida cotidiana. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1992;20:71-5.
14. Ortega A, Miro F, Segu E, Fernández JD. Utilidad del «perfil de habilidades de la vida cotidiana» para la peritación de la incapacidad. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1996;24:85-9.
15. Parker G, Hadzi-Pavlovic D. The capacity of a measure of disability (the LSP) to predict hospital readmission in those with schizophrenia. *Psychol Med* 1995; 25:157-63.

16. APA. Handbook of psychiatric measures. Washington,DC: American Psychiatric Association; 2000.
17. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. 2nd ed. New York: John Wiley; 2000.
18. Hanley JA, McNeil BJ. The meaning and use of the area under a receiver operating characteristic (ROC) curve. Radiology 1982;143:26-36.
19. Wood WD, Beardmore DF. Prospective payment for outpatient mental health services: evaluation of diagnosis-related groups. Community Ment Health J 1986;22:286-93.
20. Huyse FJ, de Jonge P, Slaets JP, Herzog T, Lobo A, Lyons JS, et al. COMPRI—an instrument to detect patients with complex care needs: results from a European study. Psychosomatics 2001;42:222-8.
21. Schuldberg D, Quinlan DM, Glazer W. Positive and negative symptoms and adjustment in severely mentally ill outpatients. Psychiatry Res 1999;85:177-88.
22. Morcillo L, Barcia D, Borgoños E. Esquizofrenia: calidad de vida y años de evolución. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr 1995;23:293-8.