

Laia Mas-Expósito¹
Juan A. Amador-Campos²
Laura Ansón Artero²
Lluís Lalucat-Jo¹
En representación del Grupo
de Investigación sobre Riesgo y
Trastorno Mental Grave*

Validación de la entrevista semiestructurada FACE Risk Profile en personas con Trastorno Mental Grave

¹ Departamento de Investigación, Asociación Centro de Higiene Mental Les Corts.

² Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.

* El Grupo de Trabajo sobre Riesgo y Trastorno Mental Grave lo componen los siguientes profesionales de la salud mental: Laura Ansón Artero, Ana Aznar, Marta Berrueto, Juan Antonio Amador Campos, Fernando Carrato, Yolanda González, Lluís Lalucat-Jo, Laia Mas-Expósito y Carme Vidal.

RESUMEN

Introducción. Las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) pueden presentar conductas de riesgo que pueden dar lugar a recaídas. Hay pocos instrumentos validados en nuestro contexto para valorar factores de riesgo y ninguno que tenga en cuenta diversos factores al mismo tiempo y sea específico para valorar el riesgo de recaída. El objetivo de este trabajo es la validación en español de la *Functional Analysis of Care Environments* o *FACE Risk Profile* en personas con TMG.

Metodología. La muestra se compone de 69 participantes con TMG. En la primera evaluación se administró un cuestionario sociodemográfico, la FACE Risk Profile e instrumentos psicométricos de valoración clínica y psicosocial. En una segunda evaluación, se volvió a administrar la FACE Risk Profile.

Resultados. La FACE Risk Profile presenta una consistencia interna adecuada, buena fiabilidad test-retest y adecuada validez concurrente y discriminante. El acuerdo interevaluadores es muy bueno.

Conclusiones. La FACE Risk Profile es un instrumento útil y válido para la valoración del riesgo en personas con TMG.

Palabras clave. Trastorno mental grave, conductas de riesgo, recaída, *FACE Risk Profile*.

Actas Esp Psiquiatr 2021;49(1):217-27 | ISSN: 1578-2735

VALIDATION OF THE SEMI-STRUCTURED INTERVIEW, THE FACE RISK PROFILE, IN PEOPLE WITH SERIOUS MENTAL ILLNESS

ABSTRACT

Introduction. People with Serious Mental Illness (SMI) can present risk behaviour that can lead to relapses. There are few instruments validated in our context to assess risk factors, but none takes into account several factors at the same time, and is specific for the risk of relapse. The objective of this work is to validate the *Functional Analysis of Care Environments* (FACE) Risk Profile into Spanish for people with SMI.

Methods. The sample consisted of 69 participants with SMI. The first evaluation was administered using a sociodemographic questionnaire, the FACE Risk Profile and psychometric instruments for clinical and psychosocial assessment. For the second evaluation, the FACE Risk Profile was re-administered.

Results. The FACE Risk Profile shows adequate internal consistency, good test-retest reliability and adequate concurrent and discriminant validity. The inter-rater agreement is very good.

Conclusions. The FACE Risk Profile is a useful and valid instrument for risk assessment in people with SMI.

Keywords. severe mental illness, risk behaviours, relapse, FACE Risk Profile

Autor de correspondencia:
Lluís Lalucat-Jo, Centre d'Higiene Mental Les Corts.
Calle Numancia 103-105 bajos. 08029 Barcelona (España).
E-mail: lluis.lalucat@chmcorts.com

INTRODUCCIÓN

En salud mental el riesgo se define como la probabilidad de que un evento ocurra con resultados dañinos para uno mismo y/o para los demás¹. Las conductas de riesgo como el suicidio, la autolesión, la violencia o el abuso por parte de terceros son relevantes en personas con Trastorno Mental Grave (TMG)¹. Las personas con esquizofrenia y con otros trastornos psicóticos presentan una prevalencia de suicidio alta² y el suicidio se ha llegado a considerar principal causa de muerte prematura³. Se estima que el 13,5% de las personas con esquizofrenia mueren por suicidio³ y que estas presentan un riesgo 12 veces superior de morir de autolisis que la población general^{4,5}. Además, la población con TMG presenta otras conductas de riesgo como el daño autoinfligido⁶, el autoabandono⁷, la pobre adherencia al tratamiento⁸ o las heteroagresiones^{9,10,11}.

Las conductas de riesgo que presentan las personas con TMG tienen repercusiones importantes sobre su bienestar físico y emocional y sobre su adaptación, por lo que es necesaria la valoración clínica de estas conductas^{12,13,14,15}. El objetivo de la evaluación clínica es identificar personas vulnerables y desarrollar estrategias para la prevención y/o manejo del riesgo. Para una adecuada evaluación clínica es imprescindible disponer de herramientas que permitan una valoración sistemática e integral de las conductas de riesgo y de los factores que contribuyen a su mantenimiento o exacerbación. Una de las estrategias para valorar el riesgo en personas con TMG en nuestro contexto es el establecimiento de puntuaciones de corte en ítems de la Escala de Depresión de Calgary^{16,17} o en la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo¹⁸. También existen instrumentos de valoración del riesgo adaptados y validados al español como, por ejemplo, la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik^{19,20}, la Escala de Impulsividad de Plutchik^{19, 21} o la Escala de Riesgo de Violencia de Plutchik^{22,23}. Sin embargo, su uso no ha sido adaptado y validado en población con TMG lo que supone una clara limitación. Entre los instrumentos de valoración del riesgo adaptados y validados con personas con TMG, encontramos la Escala de Agresividad Manifiesta^{24,25} o la Escala de Riesgo Psicosocial^{26,27}. Todas las escalas mencionadas miden tipos específicos de riesgo y no realizan un abordaje sistemático e integral.

Entre los instrumentos que permiten la valoración del riesgo de forma sistemática e integral destaca la Functional Analysis of Care Environments o FACE Risk Profile AMH v.6²⁸. Para la validación de la FACE Risk Profile¹⁵, la mayoría de los datos se recopilaban en el contexto de un proyecto nacional con sede en el British Psychological Society's Centre for Outcomes Research and Effectiveness del University College de Londres, financiado por el Department of Health's National Centre for Health Outcomes Development. Esto implicó

la recopilación de datos sobre una muestra de usuarios de 25 servicios de salud mental tanto en ámbito hospitalario como comunitario del Reino Unido. El desarrollo de la FACE Risk Profile tenía como objetivo paliar las deficiencias de los instrumentos existentes: administración costosa (Iteration Classification Tree)²⁹, enfoque forense (Hare's Psychopathy Checklist)³⁰ o el no incluir la evaluación de factores de riesgo en relación al daño a uno mismo y con categorías muy amplias (Historical Clinical Risk- 20)³¹. La FACE Risk Profile ofrece la posibilidad de explorar los factores de riesgo presentes y pasados de forma sistemática e integral. Presenta buenas propiedades psicométricas en personas con TMG y trastornos mentales comunes¹⁵. En relación a su fiabilidad, los valores del *Alpha* de Cronbach son satisfactorios ($> 0,70$); también lo son los valores de los índices de *Kappa* que se han obtenido en los dos estudios que se han realizado para establecer el acuerdo entre observadores (*Kappa* = 0,90). La validez de constructo se examinó comparando grupos de personas teniendo en cuenta criterios diagnósticos y de uso de servicios obteniendo buenos índices de validez ($p \leq 0,01$). Las personas ingresadas puntuaron más alto que las personas atendidas de forma ambulatoria; las personas con diagnóstico de esquizofrenia puntuaron más alto en ítems relacionados con síntomas psicóticos. Las puntuaciones de la escala mostraron correlaciones entre 0,20 y 0,70, estadísticamente significativas ($p \leq 0,01$), con la mayoría de las puntuaciones de la FACE Health and Social Assessment¹⁵ presentado valores apropiados de validez concurrente, por lo que se consideró que la FACE Risk Profile era un instrumento adecuado para la valoración del riesgo en personas con TMG.

OBJETIVOS

El objetivo general de este trabajo es validar la versión traducida al español de la escala de valoración del riesgo FACE Risk Profile en personas con TMG. Los objetivos específicos del trabajo son: a) Determinar su fiabilidad incluyendo consistencia interna, estabilidad temporal o fiabilidad test-retest y el acuerdo interevaluadores; y b) Determinar su validez incluyendo su validez convergente y discriminante.

METODOLOGÍA

Diseño

Este estudio utiliza un diseño observacional, transversal, descriptivo y correlacional con un grupo de personas con TMG.

Participantes

La muestra está formada por 69 personas con TMG en seguimiento en las entidades que integran "BCN salut mental" y "Consorti Sanitari Integral" de Barcelona. Los criterios de inclusión fueron: 1) entre 18 y 55 años de edad; 2) diagnós-

tico de esquizofrenia, depresión mayor recurrente, trastorno bipolar maníaco, depresivo o mixto, paranoia, agorafobia con crisis de angustia, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno límite de la personalidad o personalidad esquizotípica, según la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales décima versión (CIE-10);³² 3) duración del trastorno superior a dos años, y 4) puntuación en la Global Assessment of Functioning, GAF³³ igual o inferior a 50. Las personas que presentaban demencia, daño cerebral orgánico o discapacidad intelectual fueron excluidas del estudio.

Variables de estudio

La variable principal de estudio es el riesgo de recaída. Como variables secundarias se incluyen el funcionamiento clínico, el funcionamiento psicosocial, sintomatología psiquiátrica, riesgo suicida y agresividad manifiesta.

Instrumentos

FACE Risk Profile²⁸.

La FACE Risk Profile es una entrevista semiestructurada que permite la valoración del riesgo de recaída. Consta de 47 ítems que valoran la presencia o ausencia factores de riesgo y de signos de alerta. La entrevista se realiza con la persona evaluada y se puede apoyar en informes clínicos sobre la persona y otra información complementaria. Las fuentes de información utilizadas se han de hacer constar en el protocolo de la entrevista. La FACE Risk Profile abarca los siguientes cuatro apartados:

1. Datos administrativos y de la historia clínica.
2. Valoración de los factores de riesgo y signos de alerta. Formado por cinco subescalas: Síntomas clínicos indicativos de riesgo (8 ítems); Conducta indicativa de riesgo (16 ítems); Indicadores relacionados con el tratamiento (5 ítems); Antecedentes penales (8 ítems) y Circunstancias personales indicativas de riesgo (10 ítems). Se incluye un ítem final sobre otros factores de riesgo que se hayan podido identificar. Cada uno de los ítems de este apartado se valora en dos momentos temporales distintos: durante el último año y en el *último mes*. Consta una descripción de los diferentes factores de riesgo identificados, un resumen de las medidas tomadas en el pasado en relación al riesgo, la opinión de la persona evaluada y cuidadores, y los factores de protección identificados.
3. Siete índices (Riesgo de violencia/daño a otros; Riesgo de suicidio; Riesgo de autolesión intencionada; Riesgo de abandono personal grave; Riesgo de autolesión accidental, Riesgo de abuso/explotación por otros y Riesgo relacionado con el estado físico) que permiten valorar

los distintos tipos de riesgo medidos mediante una escala tipo Likert de 0 (sin riesgo aparente) a 4 (riesgo grave e inminente), así como el riesgo total de recaída (sí/no).

4. Plan para el manejo del riesgo. En este apartado se describen los pasos a seguir en caso de detección de recaída, la presencia de riesgo y para minimizar el riesgo.

Se han utilizado las puntuaciones de los siete índices de riesgo como variables para el análisis.

- Cuestionario sociodemográfico e historia clínica de la persona. Incluye información sociodemográfica, uso de servicios de salud mental, intentos de suicidio, enfermedades médicas asociadas, diagnóstico principal, comorbilidades psiquiátricas, historia de consumo de tóxicos, medicación actual con principio psicoactivo y antecedentes familiares.
- Global Assessment of Functioning, GAF³³. Esta escala se incluye en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Mide el funcionamiento clínico, social y global de la persona. Su puntuación oscila en un rango de 1 (mal funcionamiento) a 100 (mejor funcionamiento posible). Se ha utilizado la puntuación directa como variable para el análisis.
- Short Disability Assessment Schedule, DAS-s. Permite valorar el funcionamiento en personas con TMG. Consta de 7 ítems divididos en tres apartados. Únicamente se valoraron las áreas de funcionamiento específico: cuidado personal, funcionamiento ocupacional, funcionamiento familiar y funcionamiento en el contexto social amplio. Cada ítem se puntúa en una escala de 5 puntos, donde 0 significa ausencia de discapacidad, y 5 discapacidad severa la mayor parte del tiempo. La suma de los ítems proporciona la medida global de discapacidad. A mayor puntuación, mayor grado de discapacidad³⁴. La validación española en personas con esquizofrenia presenta buenas propiedades psicométricas³⁵. Se ha utilizado la puntuación directa de discapacidad en cada una de las áreas y la puntuación total como variables para el análisis.
- Clinical Global Impression, CGI. Escala diseñada para valorar la gravedad del cuadro psicopatológico de la persona. Se puntúan mediante una escala de 1 (normal, no enfermo) a 7 (entre los más gravemente enfermos) las siguientes áreas: síntomas positivos, síntomas negativos, síntomas depresivos, síntomas cognitivos y puntuación total. A mayor puntuación, mayor gravedad del cuadro psicopatológico. Se ha utilizado la puntuación directa de cada una de las áreas y la puntuación total como variables. La versión española en personas con esquizofrenia presenta buenas propiedades psicométricas³⁶.

- Escala de Riesgo Suicida de Plutchik. Registra la autovaloración del riesgo suicida. Contiene 15 ítems dicotómicos a los que la persona debe contestar sí (1 punto) o no (0 puntos) en relación al último mes. A mayor puntuación, mayor es el riesgo de suicidio. Se ha utilizado la puntuación directa de la escala. La validación de esta escala en una muestra española también presenta buenas propiedades psicométricas²⁰.
- Escala de Agresividad Manifiesta. Permite medir diferentes tipos de agresividad de la persona: verbal, física contra uno mismo, física contra objetos y física contra otros. Cada uno de estos tipos de agresividad se mide a partir de 5 ítems, teniendo en cuenta la gravedad y la frecuencia de la conducta agresiva. La gravedad se evalúa mediante una escala tipo Likert que varía entre 1 (ausencia de agresividad) y 5 (gravedad extrema). La frecuencia se puntúa teniendo en cuenta el número de veces que ha sucedido la conducta en un tiempo concreto, a determinar por el evaluador. Se ha utilizado la puntuación directa total de la escala. La versión española de esta escala presenta buenas propiedades psicométricas^{24,25}.

Procedimiento

La traducción a la lengua española de la FACE Risk Profile²⁸ se llevó a cabo mediante el siguiente procedimiento: 1) Traducción inicial: Se realizaron dos traducciones de la FACE Risk Profile al español de manera simultánea. Una de ellas, realizada por un traductor bilingüe. La otra, por dos de los investigadores del proyecto con buen dominio del inglés, cuya lengua materna es el español, y con amplios conocimientos de psicopatología y evaluación psicológica. Estos eran conocedores de los objetivos del estudio e intentaron detectar posibles ambigüedades en los ítems originales. Después, el grupo coordinador del proyecto se reunió para crear la primera versión española de la FACE Risk Profile; 2) Comparación de las traducciones para identificar diferencias en la traducción y elaboración de una versión conjunta; 3) Traducción de esta versión conjunta al inglés por un traductor bilingüe que no había participado en el proceso anterior; 4) Comparación de la traducción directa y la traducción inversa, al inglés, para evaluar la equivalencia semántica y conceptual de los enunciados, y 5) Elaboración de la versión definitiva. Esta versión se envió a los autores de la FACE Risk Profile para verificar su equivalencia semántica, idiomática, cultural y conceptual. Este procedimiento tiene en cuenta las diferencias culturales y lingüísticas y asegura la calidad de la traducción³⁷.

Antes de iniciar la evaluación, se proporcionó a las personas participantes, o a sus representantes legales, información del estudio, sus objetivos y el protocolo de forma oral y escrita, y se solicitó su consentimiento informado. Los eva-

luadores recibieron cinco horas de formación sobre los instrumentos para homogenizar procedimientos de evaluación y actualizar conocimientos. El diagnóstico de cada uno de los participantes lo estableció su psiquiatra de referencia siguiendo criterios del CIE-10³². El proyecto de validación de la FACE Risk Profile AMH V.6 fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de la Unión Catalana de Hospitales.

En la primera evaluación se administraron a las personas participantes los cuestionarios referidos en el apartado de instrumentos. Para la fiabilidad test-retest, se llevó a cabo una valoración dos semanas después, únicamente con la FACE Risk Profile. Para evaluar el grado de concordancia interevaluadores, dos evaluadores, realizaron una evaluación conjunta del 25% de las personas participantes en la primera evaluación.

Análisis de Datos

Para valorar la consistencia interna se ha utilizado el coeficiente *Alpha* de Cronbach. Los valores han sido considerados de la siguiente manera: entre 0,60 y 0,80, adecuados; entre 0,80 y 0,85, buenos, y mayores de 0,85 excelentes³⁸.

Se ha utilizado el coeficiente *Kappa* para valorar el grado de acuerdo inter evaluadores. Se han considerado los siguientes valores: entre 0 y 0,20, bajos; entre 0,21 y 0,40, pequeños; entre 0,41 y 0,60, moderados; entre 0,61 y 0,80, altos, y entre 0,81 y 1,00 muy altos³⁹.

La estabilidad de las puntuaciones (fiabilidad test-retest) se ha calculado mediante el coeficiente de correlación de Spearman entre las puntuaciones de la FACE Risk Profile en el momento basal y las puntuaciones de la FACE Risk Profile en el seguimiento.

Las evidencias de validez concurrente se centran en las relaciones de la FACE Risk Profile con otras variables, a partir del coeficiente de correlación de Spearman entre las puntuaciones de la FACE Risk Profile y las puntuaciones de los otros instrumentos aplicados en el momento basal. Los valores del coeficiente de correlación de Spearman han sido considerados de la siguiente manera: $r < 0,4$, bajos, entre 0,4 y 0,6 medios, entre 0,61 y 0,8, altos, y mayores de 0,8 muy altos⁴⁰.

La validez discriminante se ha estudiado mediante el establecimiento de grupos de personas participantes atendiendo a diferentes variables: la existencia de antecedentes familiares psiquiátricos (Sí o No), discapacidad (DAS-s³⁴ puntuación media total ≥ 4), severidad del trastorno (CGI³⁶ puntuación media total ≥ 4), riesgo suicida (Escala de Riesgo Suicida de Plutchick²⁰ puntuación media total ≥ 6) y riesgo de violencia (Escala de Agresividad Manifiesta⁴¹ puntuación media total ≥ 7). Para evaluar las diferencias en los índices

de la FACE Risk Profile²⁸ según grupos de participantes, se ha utilizado la prueba *t* de Student con la corrección de Bonferroni para comparaciones múltiples. El nivel de significación quedó establecido en $\alpha \leq 0,001$.

RESULTADOS

Datos Sociodemográficos y Clínicos de la Muestra

La muestra está formada por 69 participantes, 32 mujeres y 37 hombres, con una media de edad de 47,62 años (desviación típica = 8,19). La mayoría están solteros (68,2%) y con un nivel de estudios secundarios (53,6%). El 37,7% de los participantes reside en una institución; el 85,5% es pensionista y la principal fuente de ingresos son las pensiones contributivas (39%), no contributivas (40,6%) o de otro tipo (5,9%). Véase la Tabla 1.

En cuanto al diagnóstico, 29 participantes están diagnosticados de esquizofrenia, uno de trastorno esquizotípico, 12 de trastorno depresivo recurrente, 6 de trastorno bipolar, 10 de trastorno esquizoafectivo, 5 de trastorno obsesivo compulsivo, 2 de agorafobia y 4 de trastorno límite de la personalidad. Un 46,4% de los participantes han hecho intentos autolíticos en al menos una ocasión y el 71% de la muestra presenta antecedentes psiquiátricos familiares. Se observan diferencias estadísticamente significativas en la proporción de participantes con relación y sin relación de pareja ($\chi^2 (1) = 40,710$; $p < 0,0001$).

Estimación de la fiabilidad

La Tabla 2 presenta los coeficientes *Alpha* de Cronbach para cada subescala de la FACE Risk Profile. La consistencia interna es adecuada para la mayoría de subescalas a excepción de las subescalas Conducta indicativa de riesgo actual e Indicadores relacionados con el tratamiento actual, que presentan valores bajos o muy bajos, respectivamente. No se ha calculado la consistencia interna de la subescala Antecedentes penales debido a la nula varianza.

La Tabla 3 recoge las correlaciones test-retest entre las puntuaciones de las subescalas y de los índices de la FACE Risk Profile. Como puede comprobarse, las correlaciones entre las puntuaciones de las subescalas de la FACE Risk Profile son positivas, muy altas y significativas. Las correlaciones entre las subescalas de riesgo en el pasado son ligeramente más altas que entre las subescalas de riesgo en el momento actual. Las correlaciones test-retest entre los diferentes índices son positivas, significativas y oscilan entre altas y muy altas, excepto para el índice de Riesgo de recaída alto, cuya correlación es baja. No se presentan las correlaciones para el índice de Riesgo de autolesión accidental y la subescala Antecedentes penales porque no se han observado estas variables en la muestra de estudio.

Tabla 1	Características sociodemográficas de los participantes (n=69)
Variable	Frecuencia (%)
Sexo	
Mujer	32 (46,4)
Hombre	37 (53,6)
Edad*	47,62 (7,22)*
Sin relación	61 (88,4)
Soltero	47 (68,1)
Separado	5 (7,2)
Divorciado	9 (13,1)
Con relación	8 (11,6)
Casado	8 (11,6)
Nivel de estudios acabados	
Primarios	23 (33,3)
Secundarios (secundaria, bachillerato y formación profesional)	37 (53,6)
Superiores (grado superior, universidad y postgrado)	9 (13,1)
Núcleo de convivencia actual	
Solo	8 (11,6%)
Con pareja y/o hijos	13 (18,7%)
Con sus padres	17 (24,6%)
Con un familiar u otras personas	5 (7,4%)
En una institución	26 (37,7%)
Situación laboral	
Estudiante	1 (1,4%)
Trabajador	1 (1,4%)
Pensionista	59 (85,5%)
Incapacidad temporal/baja	3 (4,3)
Sin trabajo	5 (7,4)

* media (desviación típica)

Tabla 2	Consistencia interna de las subescalas de la Face Risk Profile
Subescalas	Alfa de Cronbach
Síntomas clínicos indicativos de riesgo pasado	0,678
Síntomas clínicos indicativos de riesgo actual	0,685
Conducta indicativa de riesgo pasado	0,608
Conducta indicativa de riesgo actual	0,586
Indicadores relacionados con el tratamiento pasado	0,627
Indicadores relacionados con el tratamiento actual	0,295
Circunstancias personales indicativas de riesgo pasado	0,647
Circunstancias personales indicativas de riesgo actual	0,731

Tabla 3	
Correlación test retest entre subescalas e índices de la Face Risk Profile (n=69)	
Subescalas	Coefficiente de correlación de Spearman
Síntomas clínicos indicativos de riesgo pasado	0,881*
Síntomas clínicos indicativos de riesgo actual	0,800*
Conducta indicativa de riesgo pasado	0,890*
Conducta indicativa de riesgo actual	0,776*
Indicadores relacionados con el tratamiento pasado	0,846*
Indicadores relacionados con el tratamiento actual	0,796*

Subescalas	Coefficiente de correlación de Spearman
Circunstancias personales indicativas de riesgo pasado	0,810*
Circunstancias personales indicativas de riesgo actual	0,881*
Riesgo de violencia/daño a otros	0,818**
Riesgo de suicidio	0,809**
Riesgo autolesión intencionada	0,671**
Riesgo de abandono personal grave	0,844**
Riesgo de abuso/explotación por otros	0,855**
Riesgo relacionado con el estado físico	0,741**
Riesgo de recaída alto	0,315**

*p<0,05; **p<0,01

La concordancia interevaluadores es muy alta ($Kappa=1$) para todas las subescalas de la FACE Risk Profile, excepto en la subescala Circunstancias personales indicativas de riesgo, donde se obtiene un grado de acuerdo bueno ($Kappa = 0,778$ en el pasado y $Kappa = 0,760$ en el momento actual).

Evidencias de validez

La Tabla 4 presenta las correlaciones de Spearman entre las puntuaciones de los índices de la FACE Risk Profile y las puntuaciones de las otras escalas utilizadas en el estudio.

Tabla 4	Correlaciones entre índices de la Face Risk Profile y el resto de medidas psicosociales (n=69)						
	Riesgo de violencia /daño a otros	Riesgo de suicidio	Riesgo de autolesión intencionada	Riesgo de abandono personal grave	Riesgo de autolesión accidental	Riesgo de abuso/explo-tación por otros	Riesgo relacionado con el estado físico
GAF social	-,114	-,008	-,183	-,143	-,206	-,189	-,080
GAF clínico	-,219	-,127	-,221	-,138	-,062	-,388**	-,286*
GAF total	-,132	-,097	-,162	-,106	-,116	-,280*	-,187
DAS-s cuidado personal	-,084	-,036	-,021	,353**	,120	,398**	,048
DAS-s funcionamiento ocupacional	,067	-,016	,160	-,115	-,014	,000	,287*
DAS-s funcionamiento familiar	,159	,005	,081	,193	,004	,536**	,276*
DAS-s funcionamiento en contexto social más amplio	,136	-,019	,169	,002	,034	,252*	,241*
DAS-s total	,084	-,052	,101	,132	,042	,399**	,259*
CGI síntomas positivos	,061	,169	,213	,086	,153	,426**	,246*
CGI síntomas negativos	-,059	,246*	,216	,223	,230	,128	,257*
CGI síntomas depresivos	,172	,411**	,438**	,151	,217	,250*	,475**
CGI síntomas cognitivos	,074	,046	,186	,055	,091	,304*	,199
CGI puntuación total	,250*	,304*	,423**	,139	,190	,222	,393**
Escala de Riesgo Suicida de Plutchick	,307*	,576**	,483**	,376**	,306*	,293*	,495**
Escala de Agresividad Manifiesta	,513**	,293*	,562**	,324**	,340**	,156	,125

*p<0,05; **p<0,01 GAF: Global Assessment of Functioning; DAS-s: Disability Assessment Schedule Short Form; CGI: Clinical Global Impression

Las correlaciones entre las puntuaciones de los *índices* de la FACE Risk Profile y de la GAF son negativas, muy bajas o bajas, y no significativas, excepto las correlaciones entre el *índice* de Riesgo de abuso/explotación por otros y la GAF total y *clínica* que son negativas, bajas y significativas, y las correlaciones entre el índice de Riesgo relacionado con el estado físico y la GAF clínica que son negativas, bajas y significativas.

Solo tres índices de la FACE Risk Profile presentan correlaciones positivas y estadísticamente significativas con la DAS-s: el índice de Riesgo/abandono personal grave presenta correlaciones bajas con la DAS-s cuidado personal; el índice de Riesgo de abuso/explotación por otros presenta correlaciones bajas con DAS-s cuidado personal, DAS-s funcionamiento en contexto social más amplio y DAS-s total, y moderadas con DAS-s funcionamiento familiar; el índice de Riesgo relacionado con el estado físico presenta correlaciones bajas con todas las áreas de la DAS-s, excepto con DAS-s cuidado personal que son muy bajas y no significativas

Los índices de la FACE Risk Profile presentan correlaciones entre moderadas y bajas, positivas y significativas con la puntuación total de la CGI, excepto el índice de Riesgo de abandono personal grave, el índice de Riesgo de autolesión accidental y el de Riesgo de abuso/explotación por otros que presentan correlaciones positivas, bajas y no significativas.

El índice Riesgo de suicidio presenta correlaciones positivas, bajas y significativas con CGI síntomas negativos, y correlaciones positivas, moderadas y significativas con CGI síntomas depresivos; el índice Riesgo de autolesión intencionada presenta correlaciones positivas, moderadas y significativas con CGI síntomas depresivos; el índice Riesgo de explotación por otros presenta correlaciones positivas, bajas y significativas con CGI depresión y síntomas cognitivos y positivas, moderadas y significativas con CGI síntomas positivos; finalmente, el índice Riesgo relacionado con el estado físico presenta correlaciones positivas, bajas y significativas con CGI síntomas positivos y *síntomas negativos*, y positivas, moderadas y significativas con CGI síntomas depresivos.

Todos los índices de la FACE Risk Profile presentan correlaciones positivas, entre bajas y moderadas y significativas con las puntuaciones de la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik y la Escala de Agresividad Manifiesta, excepto el índice de Riesgo de abuso/explotación por otros y el índice de Riesgo relacionado con el estado físico que presentan unas correlaciones muy bajas y no significativas con la Escala de Agresividad Manifiesta.

En la Tabla 5 se muestran las diferencias entre las puntuaciones de los índices de la FACE Risk Profile según grupos de participantes. No se observan diferencias estadísticamente

Tabla 5	Diferencias entre las puntuaciones de los índices de la Face Risk Profile, según grupos de personas participantes t de Student						
	Riesgo de violencia/daño a otros	Riesgo de suicidio	Riesgo de autolesión intencionada	Riesgo de abandono personal grave	Riesgo de autolesión accidental	Riesgo de abuso/explotación por otros	Riesgo relacionado con el estado físico
Presencia de antecedentes familiares psiquiátricos vs. Ausencia antecedentes psiquiátricos familiares	1,22	2,16	0,65	0,75	0,30	-0,44	0,55
Con discapacidad vs. sin discapacidad (DAS-s total ≥ 4 vs. DAS-s total < 4)	3,76**	0,447	0,19	0,65	0,21	1,02	1,33
Alta gravedad clínica vs. baja gravedad clínica (CGI puntuación media total ≥ 4 vs. CGI puntuación media total < 4)	2,00	1,95	3,17	1,65	1,08	1,57	2,25
Con riesgo suicida vs. sin riesgo suicida (Escala de Riesgo Suicida puntuación media total ≥ 6 vs. Escala de Riesgo Suicida puntuación media total < 6)	1,910	5,17**	3,97**	3,08	2,13	1,95	5,07**
Con riesgo violencia vs. sin riesgo violencia (Escala de Agresividad Manifiesta puntuación media total ≥ 7 vs. Escala de Agresividad Manifiesta puntuación media total < 7)	3,53*	1,82	3,35	1,96	1,76	0,58	0,66

*p<0,001; **p<0,0001

DAS-s: Disability Assessment Schedule Short Form; CGI: Clinical Global Impression

te significativas según la presencia o ausencia de antecedentes familiares psiquiátricos. Se observan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de participantes establecidos según variables clínicas y psicosociales. Específicamente, los participantes con discapacidad presentan puntuaciones significativamente más elevadas en el índice de Riesgo de violencia hacia los demás. El grupo de participantes con Riesgo elevado de suicidio presenta puntuaciones más elevadas en los índices de Riesgo de suicidio, Riesgo de daño autoinfligido y Riesgo relacionado con condición física. Finalmente, el grupo de participantes con Riesgo alto de violencia presenta puntuaciones más elevadas en el índice de Riesgo de violencia/daño a otros.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio es presentar la validación en español de la FACE Risk Profile²⁸ en personas con TMG. En general, la FACE Risk Profile ha demostrado buenas propiedades psicométricas en esta población.

Los valores de consistencia interna son adecuados para la mayoría de subescalas, excepto para las subescalas Conducta indicativa de riesgo en el momento actual e Indicadores relacionados con el tratamiento en el momento actual que son bajos y muy bajos, respectivamente. Nuestros resultados son semejantes a los de la validación original de la FACE Risk Profile en cuanto a consistencia interna¹⁵. En dicho estudio todos los valores del *Alpha* de Cronbach fueron satisfactorios ($> 0,70$). En nuestro estudio todos los valores son próximos a 0,70 a excepción de las dos subescalas mencionadas que presentan poca variabilidad en sus puntuaciones. Una posible explicación es que la muestra está formada por personas con TMG atendidas en ámbito comunitario y con estabilidad clínica, lo que probablemente ha homogeneizado las puntuaciones en estas subescalas.

La concordancia interevaluadores es muy alta o alta para las subescalas de la FACE Risk Profile. Estos resultados son semejantes a los obtenidos en el estudio de validación original de la FACE Risk Profile¹⁵ en el que los valores de los índices de *Kappa* del acuerdo entre observadores fueron de 0,90. Hasta la fecha no se han realizado más estudios sobre la fiabilidad de la FACE Risk Profile.

La validez concurrente de los índices de la FACE Risk Profile oscila entre baja y moderada. Se han obtenido correlaciones negativas y bajas o muy bajas entre las puntuaciones de los índices de la FACE Risk Profile y las puntuaciones de la GAF. Las personas participantes con mayores dificultades clínicas no presentan mayor riesgo. Estos resultados son coherentes con los del estudio de validación²⁸ original en el que se observó una correlación relativamente baja entre el grado de severidad del trastorno y la presencia de riesgo y se

concluyó que las puntuaciones globales derivadas de escalas como la GAF no pueden considerarse medidas de riesgo.

Las personas con mayor discapacidad en el funcionamiento familiar también muestran mayor riesgo de abuso/explotación por parte de otros. La literatura científica destaca que las personas con TMG son más vulnerables a la victimización por parte de otros y señala como factores asociados el uso de sustancias, mayor sintomatología clínica o no tener hogar, entre otros^{42,43}. La discapacidad en el funcionamiento familiar en nuestro estudio se ha medido a través de la DAS-s que permite una evaluación de este funcionamiento en el sentido más amplio, y podría estar relacionada con los factores destacados como no tener hogar. Se recomienda que la investigación futura profundice en el estudio de la relación entre estas variables.

Los participantes que presentan mayor riesgo de daño autoinfligido muestran mayor número de síntomas depresivos y mayor severidad del trastorno. Nuestros resultados son coherentes con los de otros estudios en los que se ha encontrado que los intentos de suicidio se relacionan significativamente con una mayor severidad del trastorno.^{44,45,46}

Los participantes con mayor riesgo de abuso/explotación por parte de otros presentan más síntomas positivos lo que concuerda con la literatura científica anteriormente analizada^{42,43}. Las personas con riesgo elevado en relación a su condición física presentan más síntomas depresivos y mayor severidad del trastorno. Nuestros resultados son semejantes a los de otros estudios recientes que evidencian la relación directa entre salud física y severidad del trastorno^{47,48, 49,50}.

Las personas que presentan mayor riesgo de suicidio en la Escala de Riesgo Suicida Plutchik, presentan también más riesgo de suicidio, daño autoinfligido, abandono personal grave, y riesgo relacionado con la condición física²⁰. Las personas con mayor riesgo de violencia en la Escala de Agresividad Manifiesta²⁴ presentan más riesgo de violencia o daño a otros, daño autoinfligido, abandono personal grave y riesgo de lesión accidental. Esta asociación observada es congruente con los resultados de una revisión sistemática y metanálisis de estudios observacionales en el que la agresividad manifiesta, evaluada con el mismo instrumento utilizado en este estudio, mantiene una relación directa con niveles de agresión hacia uno mismo o los demás⁵¹. Estos resultados respaldan la validez concurrente de la FACE Risk Profile.

En cuanto a la validez discriminante, algunos índices como el Riesgo de violencia, de suicidio, de autolesión y el riesgo relacionado con el estado físico permiten discriminar entre grupos de personas participantes según el nivel de discapacidad, la severidad del trastorno y el riesgo de suicidio o de violencia.

Según nuestro conocimiento este es el primer trabajo sobre la validación española de la FACE Risk Profile. La validez concurrente de la FACE Risk Profile solo se había establecido, hasta el momento, con la FACE Health and Social Assessment¹⁵, que no es una escala específica para la evaluación del riesgo. Investigaciones futuras debería incluir otras escalas que contemplaran otras áreas de riesgo consideradas en la FACE Risk Profile.

Como limitaciones del trabajo hay que indicar que el tamaño de la muestra es pequeño, lo que puede haber influido en que no se detecten diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de participantes en los índices de la FACE Risk Profile. Por otra parte, nuestra muestra, con relativa estabilidad clínica y atendida en ámbito comunitario, presenta escasa variabilidad en las puntuaciones de algunas de las subescalas e índices de la FACE Risk Profile, lo que ha podido tener repercusiones sobre la estabilidad temporal de las puntuaciones y en la consistencia interna de las subescalas. Son necesarios nuevos estudios, con muestras de mayor tamaño y que evalúen grupos de pacientes con TMG, tanto en tratamiento comunitario, como en tratamiento institucional. También es necesario realizar estudios longitudinales que permitan asociar la presencia de riesgo con la remisión o exacerbación de la sintomatología psicopatológica, tanto en personas con TMG como con otros tipos de trastornos psicopatológicos.

CONCLUSIONES

La FACE Risk Profile tiene buena fiabilidad y validez, lo que respalda su uso en población con TMG. Se puede considerar que la FACE Risk Profile podría usarse para la evaluación del riesgo en personas con TMG tanto para fines de investigación como de práctica clínica habitual. A nuestro conocer, la FACE Risk Profile es el primer instrumento psicométrico validado en español para la valoración de manera integral y sistemática de los factores de riesgo en una población especialmente vulnerable. Puede considerarse una herramienta útil para la prevención de recaídas y la gestión del riesgo. La investigación futura sobre la FACE Risk Profile podría incluir el estudio de sus propiedades psicométricas en otras poblaciones.

Agradecimientos. Los autores agradecen a Imosphere Ltd su colaboración permitiendo el uso de la FACE Risk Profile y, especialmente, al Dr. Hugh Grant por su apoyo en el desarrollo del estudio.

Los autores agradecen el apoyo en la realización del trabajo de campo a la Comisión de Investigación de BCN Salud Mental y a las entidades miembro que participaron en el proyecto (la Asociación Centre d'Higiene Mental Les Corts, Asociación Salud Mental Horta Guinardó, Fundación Hospitalaria Sant Pere Claver y la Fundación Tres Turons).

Conflicto de intereses. Los autores declaran que no tienen ningún *conflicto de interés relacionado con este trabajo*.

Bibliografía

1. Morgan S. Introduction. En: Morgan S. ed. Clinical risk management. A clinical tool and practitioner manual. London: The Sainsbury Centre for Mental Health; 2000. p. 1-2.
2. Melle I, Barrett EA. Insight and suicidal behavior in first-episode schizophrenia. *Expert Rev Neurother*. 2012;12(3):353-9.
3. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the Is the Differential Mortality Gap Worsening Over Time? *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64(10):1123-1131.
4. Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophr Bull*. 1990;16(4):571-89.
5. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(3):247-53.
6. Haw C, Hawton K, Sutton L, Sinclair J, Deeks J. Schizophrenia and deliberate self-harm: a systematic review of risk factors. *Suicide Life Threat Behav*. 2005;35(1):50-62.
7. Wiersma D, Wanderling J, Dragomirecka E, Ganey K, Harrison G, An Der Heiden W, et al. Social disability in schizophrenia: its development and prediction over 15 years in incidence cohorts in six European centres. *Psychol Med*. 2000;30(5):1155-67.
8. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br J Psychiatry*; 2005;187: 9-20.
9. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2009;6(8):e1000120.
10. Fazel S, Langstrom N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA*. 2009;301(19):2016-23
11. Soyka M, Graz C, Bottlender R, Dirschedl P, Schoech H. Clinical correlates of later violence and criminal offences in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2007; 94(1-3):89-98.

12. Large MM, Ryan CJ, Singh SP, Paton MB, Nielssen OB. The predictive value of risk categorization in schizophrenia. *Harv Rev Psychiatry*. 2011;19(1):25-33.
13. Murrie DC, Cornell D, McCoy WK. Psychopathy, conduct disorder, and stigma: Does diagnostic labelling influence juvenile probation officer recommendations? *Law Hum Behav*. 2005;29(3):323-42.
14. Buchanan A, Sint K, Swanson J, Rosenheck R. Correlates of Future Violence in People Being Treated for Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2019;176(9):694-701
15. Clifford P. The National Outcome Audit of Severe Mental Illness. Report to the Department of Health. London: CORE, University College of London; 2001. Disponible en: <https://imosphere.com/care-and-support-tools/>
16. Sarró S, Dueñas RM, Ramírez N, Arranz B, Martínez R, Sánchez JM, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Spanish version of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia. *Schizophr Res*. 2004;68(2-3):349-56.
17. Touriño R, Acosta FJ, Giráldez A, Álvarez J, González JM, Abelleira C, et al. Suicidal risk, hopelessness and depression in patients with schizophrenia and internalized stigma. *Actas Esp Psiquiatr*. 2018;46(2):33-41.
18. Peralta V, Cuesta MJ. Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr* 1994;22(4):171-7.
19. Plutchik R, van Praag HM. The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatr*. 1989; 13 (Suppl): 23-4.
20. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Salvador M, Marín JJ, Santo-Domingo J. Validación de la escala de riesgo de suicida de Plutchick en población española. *Arch Neurobiol (Madr)*. 1998; 61(2):143-52.
21. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Martínez ML, Álvarez S, Marín JJ y cols. Validación de la escala de impulsividad de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol (Madr)*. 1998; 61: 223-232.
22. Plutchik R, van Praag HM. A self-report measure of violence risk, II. *Compr Psychiatry*. 1990; 31(5): 450-6.
23. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Salvador M, Marín JJ, Santo-Domingo J. Validación de la escala de riesgo de violencia de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol (Madr)*. 1998; 61: 307- 16.
24. Arango C, Calcedo Barba A, González-Salvador, Calcedo Ordóñez A. Violence in inpatients with schizophrenia: a prospective study. *Schizophr Bull*. 1999;25(3):493-503.
25. Rivera Bedoya, Navia Bueno. Validación de la "escala de agresividad manifiesta" en pacientes psicóticos atendidos en el servicio de emergencias del hospital de clínicas universitario. *Revista "Cuadernos"*. 2017; 58(2): 28-34.
26. Vargas M, Quintanilla P, Vega B, Lozano A. Escala de Riesgo Psicosocial FEAFES Castilla y León (ERP): procedimiento de construcción mediante metodología cualitativa y presentación de la escala. *Norte de salud mental*. 2010;8(38):26-35.
27. Vargas M, Quintanilla P, Lozano A, Sendra-Gutiérrez JM y "Grupo de Investigación FEAFES-CyL. Riesgo psicosocial asociado al envejecimiento en el trastorno mental grave: validación y baremación de la Escala de Riesgo Psicosocial FEAFES Castilla y León (ERP). *Rehabilitación Psicosocial*. 2013; 10(1): 3-10.
28. Clifford P. FACE profile. London: Research Unit, Royal College of Psychiatrists; 1993.
29. Monahan J, Steadman H. Toward a Rejuvenation of Risk Assessment Research. En: *Violence and Mental Disorder*, Monahan J y Steadman H, ed. Chicago: University of Chicago Press; 1996. p. 1-17.
30. Hare RD. A Research Scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Pers Individ Dif*. 1980; 1(2),111-9.
31. Douglas KS, Ogloff JR, Nicholls TL. Assessing risk for violence among psychiatric service users: the HCR-20 violence risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist: Screening Version. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67(6):917-30.
32. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1992.
33. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
34. Janca A, Kastrup M, Katschnig H, López-Ibor JJ, Mezich JE, Sartorius N. The World Health Organization short disability assessment schedule (WHO DAS-S): a tool for the assessment of difficulties in selected areas of functioning of patients with mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1996;31(6):349-54.

35. Mas-Expósito L, Amador-Campos JA, Gómez-Benito J, Lalucat-Jo L. The World Health Organization short disability assessment schedule: a validation study in patients with schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2012;53(2):208-16.
36. Haro JM, Kamath SA, Ochoa S, Novick D, Rele K, Fargas A, et al. The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2003;(416):16-23.
37. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross Cultural Adaptation of Life Measures: Literature Review and Proposed Guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46:1417-32.
38. Haertel EH. Reliability. En: Brennan RL, ed. *Educational measurement*. Westport, CT: American Council on Education and Praeger Publishers; 2006. p. 65-110.
39. Altman DG. *Practical statistics for medical research*. New York, NY: Chapman and Hall; 1991.
40. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum; 1988.
41. Fresán A, Apiquian R, De la Fuente-Sandoval C, García-Anaya M, Nicolini H. Sensibilidad y especificidad de la Escala de Agresión Explícita en pacientes con esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr* 2004;32(2):71-5.
42. Maniglio R. Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;119(3):180-91.
43. Tsigebrhan R, Shibre T, Medhin G, Fekadu A, Hanlon C. Violence and violent victimization in people with severe mental illness in a rural low-income country setting: a comparative cross-sectional community study. *Schizophr Res*. 2014;152(1):275-82.
44. Jakhar, Beniwal, Bhatia, Deshpande. Self-harm and suicide attempts in Schizophrenia. *Asian J Psychiatr*. 2017;30:102-106.
45. Aydın M, İlhan BC, Tekdemir R, Çökünlü Y, Erbasan V, Altınbaş K. Suicide attempts and related factors in schizophrenia patients. *Saudi Med J*. 2019;40(5):475-482.
46. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J Psychopharmacol*. 2010;24(4 Suppl):81-90.
47. Abdul Rashid NA, Nurjono M, Lee J. Clinical determinants of physical activity and sedentary behaviour in individuals with schizophrenia. *Asian J Psychiatr*. 2019; 4(46):62-7.
48. Ang MS, Nurjono M, Lee J. The effects of clinical illness severity and physical activity on health-related quality of life in schizophrenia. *Qual Life Res*. 2019; 28(6):1509-20.
49. Stubbs B, Vancampfort D, Hallgren M, Firth J, Veronese N, Solmi M, et al. EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *Eur Psychiatry*. 2018;54:124-144.
50. Dauwan M, Begemann MJ, Heringa SM, Sommer IE. Exercise Improves Clinical Symptoms, Quality of Life, Global Functioning, and Depression in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2016;42(3):588-99.
51. Li W, Yang Y, Hong L, An FR, Ungvari GS, Ng CH, Xiang YT. Prevalence of aggression in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Asian J Psychiatr*. 2020;47:101846.