

Antonio Zúñiga<sup>1</sup>  
Jose B. Navarro<sup>2</sup>  
Paloma Lago<sup>1</sup>  
Fina Olivas<sup>1</sup>  
Elisenda Muray<sup>1</sup>  
María Crespo<sup>1</sup>

# Evaluación de necesidades en pacientes psiquiátricos graves. Un estudio comunitario

<sup>1</sup>Centro de Salud Mental Nou Barris. Barcelona.

<sup>2</sup>Departamento de Psicobiología y Metodología de las Ciencias de la Salud (UAB)

---

**Introducción:** La población con trastornos mentales graves presenta una complejidad mixta de necesidades clínicas y sociales que pueden ser evaluadas mediante el CAN (*Camberwell Assessment of Needs*), instrumento que ha demostrado su fiabilidad y validez en diferentes estudios. En el presente estudio diversas variables sociales, sociodemográficas y clínicas serán analizadas como factores predictivos de las necesidades detectadas en estos pacientes.

**Metodología:** Se seleccionó una muestra de 518 pacientes de entre los incluidos en un programa de trastornos mentales graves, que eran atendidos en dos centros de Barcelona. A todos ellos se les administró el CAN. El análisis estadístico fue descriptivo y mediante modelos de regresión de Poisson y binomial negativa.

**Resultados:** El número medio total de necesidades fue de 5.1 (4 satisfechas y 1.1 no satisfechas), cifras similares con las encontradas en ciudades europeas (estudio Epsilon). Las necesidades más reportadas fueron síntomas de angustia o malestar psicológico, seguidas de síntomas psicóticos, problemas en el cuidado del hogar, falta de contacto social, problemas médicos y de alimentación. Los sujetos con bajo nivel socioeconómico, de más edad, con peor funcionamiento global y una patología psicótica presentaron mayor número de necesidades totales y sobre todo no satisfechas.

**Conclusiones:** Las necesidades detectadas mediante el CAN en pacientes con trastorno mental grave, se pueden predecir por un conjunto de factores como la edad, clase socioeconómica, el funcionamiento global y la presencia de un trastorno psicótico. Estos hallazgos podrían ser útiles para planificar la prestación de servicios y de estrategias, para satisfacer las necesidades de los pacientes con trastorno mental grave.

**Palabras Clave:** Evaluación necesidades, Trastornos mentales graves, Evaluación servicios salud mental

## Evaluation of needs among patients with severe mental illness. A community study

**Introduction:** Patients suffering from severe mental disorder present a mixed complexity of clinical and social needs which can be reliably evaluated through the Camberwell Assessment of Needs (CAN). In his study, several social, personal and clinical variables will be examined as predictive factors of the detected needs of these patients.

**Methodology:** A sample of 518 patients included in a program of Severe Mental Disorder and treated at two centers in Barcelona was assessed with the CAN. Descriptive statistics and Poisson and negative binomial regression models were applied to identify predictive factors of needs.

**Results:** The average number of needs was 5.1 (4 met and 1.1 unmet needs), figures similar to those found in European cities (Epsilon study). The more often reported needs were symptoms of anxiety or psychological discomfort, psychotic symptoms, problems in the home care, lack of social contact, medical and eating problems. Factors associated to higher number of needs were low socio-economic class, older age, worse overall performance and presence of psychotic disorder.

**Conclusions:** Needs detected through CAN in patients suffering from severe mental illness, can be predicted by a set of variables including age, socio-economic class, overall performance and presence of psychotic disorder. These findings might be useful to plan the provision of services and strategies to satisfy the needs of patients with serious mental disorder.

**Keywords:** Evaluation needs, Serious mental disorders, Mental health services evaluation

*Actas Esp Psiquiatr* 2013;41(2):115-21

---

Correspondencia:  
Dr A. Zúñiga  
Centro de Salud Mental Nou Barris. Barcelona  
Correo electrónico: solano270548@gmail.com

## INTRODUCCIÓN

En el tratamiento de los pacientes mentales graves (esquizofrenia y otros trastornos) tradicionalmente se ha considerado la evaluación de sus síntomas y la repercusión de los mismos en el funcionamiento global<sup>1</sup>. En los últimos años y tras la desinstitucionalización psiquiátrica se evalúan también los resultados de las acciones terapéuticas y asistenciales<sup>2</sup>, lo que deviene un proceso complejo, dado que interviene en el mismo no solo la mejoría de la sintomatología sino también la satisfacción de necesidades percibidas y la calidad de vida<sup>3</sup>.

La evaluación de las necesidades (o carencias) se ha convertido en algo esencial tanto para la planificación de los servicios como para la planificación del tratamiento en psiquiatría clínica, entendiéndose la "necesidad" como la falta de acceso a formas apropiadas de asistencia. En psiquiatría la definición de necesidad tiene gran interés porque evalúa la confluencia entre el diagnóstico, la discapacidad (entendida como pérdida o disminución de alguna función y las consiguientes dificultades para adaptarse o interactuar con el medio), y el cuidado recibido. Entendida de esta forma, la necesidad supone siempre una patología y no tiene, por tanto, un sentido equiparable al uso de este término en sociología o economía. Implica una discapacidad y exige la existencia de una solución posible desde el punto de vista de los conocimientos sobre la materia<sup>3</sup>.

Por todo ello, necesidad debe ser entendida en términos de deterioro del normal funcionamiento que provoque discapacidad social, o también en términos del tipo o clase de tratamiento necesario para resolverlo. Así cuando un individuo está socialmente discapacitado y ésta situación se asocia a enfermedad mental para la que existe una forma o modelo de cuidados efectivo y aceptable, dicho individuo tiene necesidad de dicha intervención<sup>4</sup>. La necesidad se considera entonces como la falta de acceso a formas apropiadas de asistencia, la falta de actividades específicas por parte de un profesional, o simplemente la falta de salud y bienestar general. Será posible, según esta perspectiva, distinguir entre necesidades satisfechas y no satisfechas<sup>1</sup>.

En la investigación sobre evaluación de servicios en salud mental para personas con trastorno mental severo y de larga evolución, se han empleado una serie de instrumentos que proporcionaban una descripción de síntomas, de déficits y de problemas comportamentales, pero tales herramientas no ofrecían alternativas de acción/intervención para la resolución de problemas para este tipo de pacientes<sup>5,6</sup>. Para solventar estos déficits, el Instituto de Psiquiatría de Londres desarrolló dos nuevos instrumentos de evaluación de las necesidades de personas con trastornos mentales de larga evolución. El primero de ellos fue el *Needs for Care Assessment (NCA)*<sup>5</sup>, y el segundo fue el *Camberwell Assessment of Needs (CAN)*<sup>7</sup>.

Ambos instrumentos comparten las mismas definiciones básicas de necesidad<sup>1</sup>, consideran que una necesidad está

presente cuando el nivel de funcionamiento de un paciente desciende o amenaza caer por debajo de un nivel arbitrariamente establecido, y esto se debe a una causa remediable o potencialmente remediable. Una necesidad está cubierta cuando ha recibido alguna intervención y no existe otra más efectiva. Una necesidad está sin cubrir cuando no ha recibido intervención o una parcialmente efectiva, existiendo intervenciones aplicables potencialmente más efectivas. La ausencia de necesidad se refiere a los casos en que no exista el problema o cuando todas las intervenciones estándares no han logrado éxito.

A partir de las consideraciones previas, el presente estudio tiene como objetivo principal describir el perfil subjetivo de necesidades de los pacientes ambulatorios afectados por trastornos mentales severos. En segundo lugar se evaluará también la ayuda dada por parte de los cuidadores y de los profesionales. Por último se determinará la relación entre algunos factores como la edad, el sexo, el nivel socioeconómico, el tipo de patología y el funcionamiento global sobre la presencia de necesidades satisfechas y no satisfechas.

## METODOLOGÍA

### Participantes

En el presente trabajo evaluamos una muestra de pacientes con trastorno mental severo (TMS) tratados en el Centro de Salud Mental de Nou Barris (CSM) de la ciudad de Barcelona, que atiende una población referida al año 2011 de 176.579 habitantes mayores de 18 años.

El programa TMS (trastornos mentales severos), implantado por el Servicio Catalán de la Salud desde los años 1995<sup>8</sup>, contempla la atención individualizada de dichos pacientes. Los criterios de inclusión en dicho programa son: 1) un diagnóstico de entre los siguientes: trastornos esquizofrénicos y esquizoafectivos, trastorno depresivo mayor recurrente, trastornos bipolares, trastorno delirante, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno límite de personalidad, trastorno esquizotípico de la personalidad y trastorno de angustia con agorafobia; 2) un valor en la Escala de evaluación de la actividad global (EEAG) menor de 50 puntos; y 3) un tiempo de evolución de al menos 2 años.

Para el total de 809 pacientes del CSM en programa TMS se obtuvieron datos sociodemográficos mediante un cuestionario ad-hoc, datos de la historia clínica incluyendo el diagnóstico DSM-IV, y la puntuación en la escala EEAG. Se descartaron 291 pacientes por no dar el consentimiento informado o ser pacientes con gran deterioro cognitivo. La muestra final resultó ser de 518 pacientes, cuyas características sociodemográficas y clínicas se encuentran en la Tabla 1. Predominan los hombres solteros que residen en una vivienda propia o familiar con disparidad de formas de convivencia. Un 78.3% de pacientes no trabaja, más de la

Tabla 1		Características sociodemográficas y clínicas de la muestra	
N = 518		Media (DE)	N (%)
Edad		47.5 (13.4)	
Sexo			
	Masculino		309 (59.9)
	Femenino		207 (40.1)
Nivel socioeconómico			
	Medio		80 (15.5)
	Bajo		177 (34.2)
	Muy bajo		260 (50.3)
Estado Civil			
	Soltero		299 (58.3)
	Casado		89 (17.3)
	Viudo/divorciado/otro		124 (24.4)
Vivienda			
	Vivienda propia (familia)		360 (71.1)
	Vivienda protegida		54 (5.3)
	Sin domicilio		3 (0.6)
Convivencia			
	Viven solos		113 (23.7)
	Viven con padres > 65 años		117 (24.5)
	Otros		247 (51.8)
Trabajo			
	Sí		111 (21.7)
	No		400 (78.3)
Situación laboral			
	En activo		76 (14.9)
	En paro/estudiante/jubilado		136 (26.6)
	Incapacidad laboral		299 (58.5)
Ingresos económicos			
	Sin prestaciones		429 (83.9)
	Salario propio		65 (12.7)
	Ningún tipo de ingresos		17 (3.4)
Diagnóstico			
	Tr. Esquizofrenia y esquizoafectivos, Tr. Delirante		372 (72.7)
	Tr. Afectivos graves		77 (15)
	Tr. Ansiedad graves		24 (4.7)
	Tr. Límite personalidad y otros TP graves		23 (4.5)
	Otros diagnósticos (abuso sustancias y tr. alimentación)		16 (3.1)
Puntuación EEAG		46.86 (9.5)	
Duración enfermedad (años)		11.36 (5.47)	

mitad están incapacitados laboralmente y el 83.9% no recibe prestaciones económicas por su enfermedad. Algo más de la mitad de la muestra tiene un nivel socioeconómico muy bajo<sup>9</sup>, en el umbral de la pobreza. El nivel de funcionamiento global presenta un valor medio de 46.86, el trastorno más prevalente es esquizofrenia y esquizoafectivos (72.7%), seguido de trastornos afectivos graves (15%), con una media de evolución de la enfermedad de 11.36 años.

## Instrumentos

*Camberwell Assessment of Needs*<sup>7</sup>. Dirigido a evaluar servicios para pacientes con TMS y de larga evolución. Evalúa 22 áreas de funcionamiento, y para cada una de ellas está estructurada en 4 secciones que miden las necesidades cubiertas y no cubiertas, el nivel de ayuda recibida del entorno familiar y de los profesionales de los servicios de salud. Tiene propiedades psicométricas adecuadas, puede ser administrado por diferentes tipos de profesionales en unos 30 minutos e incorpora la opinión tanto del profesional como del usuario.

Existen numerosos estudios que avalan la fiabilidad y la validez del CAN<sup>7,10-17</sup>. Cabe destacar el estudio EPSILON<sup>18,19</sup>, realizado en cinco países europeos, su objetivo era traducir y adaptar transculturalmente este instrumento estandarizado y verificar la fiabilidad y la validez de la versión europea, resultando una buena concordancia tanto intraobservadores como interjueces. En otro estudio nórdico<sup>2</sup> los autores encontraron que el CAN tenía un alto grado de aplicabilidad en relación a diferentes tipos de pacientes y de servicios, además de ser sensible a las diferencias en las necesidades entre subgrupos de pacientes.

## Análisis Estadístico

Se realizaron análisis descriptivos de las variables sociodemográficas y de los 22 ítems del CAN para las necesidades totales, satisfechas y no satisfechas, y para medir el grado de ayuda ofrecido por cuidadores y servicios de salud mental.

Para estudiar la influencia de diferentes características sociodemográficas y de salud sobre la presencia de necesidades y sobre su insatisfacción/satisfacción, se estimaron modelos de regresión de Poisson o binomial negativa, este último en el caso de observarse sobredispersión, ajustados por el número del total de ingresos y el número total de meses ingresado.

## RESULTADOS

El perfil de necesidades subjetivas de los pacientes se muestra en la Tabla 2, junto a la razón del número de necesidades no satisfechas entre el total de necesidades. Las necesidades más informadas son angustia o malestar psicológico, síntomas psicóticos, cuidado del hogar y compañía. Las necesidades más satisfechas son prácticamente las mismas, y en cuanto a las no satisfechas las más citadas son compañía, angustia y actividades diarias.

Se calculó la proporción que representan las necesidades no satisfechas respecto al total de necesidades. Valores altos indican áreas de necesidad descuidadas o con falta de intervención acertada (Tabla 2). Las áreas más problemáticas son prestaciones sociales, compañía, cuidado de los hijos, sexualidad y relaciones de pareja.

Tabla 2		Necesidades informadas, satisfechas y no satisfechas (sección 1 del CAN)			
Ítems CAN (N=518)	Total Necesidades (%)	Necesidades Satisfechas (%)	Necesidades No Satisfechas (%)	Necesidades No Satisfechas/Total Necesidades	
Angustia	339 (65.4)	243 (46.9)	96 (18.5)	28	
Compañía	241 (46.5)	141 (27.2)	100 (19.3)	41	
Sint. Psicóticos	256 (49.4)	240 (46.3)	16 (3.1)	6	
Actividades Diarias	198 (38.2)	137 (26.4)	61 (11.8)	30	
Salud Física	221 (42.7)	203 (39.2)	18 (3.5)	8	
Cuidado Hogar	255 (49.2)	211 (40.7)	44 (8.5)	17	
Sexualidad	107 (20.6)	70 (13.5)	37 (7.1)	34	
Alimentación	216 (41.7)	173 (33.4)	43 (8.3)	19	
Relaciones Pareja	117 (22.6)	78 (15.1)	39 (7.5)	33	
Transporte	185 (35.8)	150 (29)	35 (6.8)	18	
Dinero	177 (34.2)	130 (25.1)	47 (9.1)	26	
Riesgos Sí mismo	69 (13.3)	57 (11)	12 (2.3)	17	
Cuidado Personal	79 (15.2)	67 (12.9)	12 (2.3)	15	
Riesgos para los demás	36 (7)	30 (5.8)	6 (1.2)	16	
Alcohol	38 (7.4)	31 (6)	7 (1.4)	18	
Información	26 (5)	24 (4.6)	2 (0.4)	7	
Otras Drogas	24 (4.7)	18 (3.5)	6 (1.2)	25	
Educación Básica	29 (5.6)	25 (4.8)	4 (0.8)	13	
Prestaciones Sociales	25 (4.8)	10 (1.9)	15 (2.9)	60	
Cuidado Hijos	24 (4.6)	14 (2.7)	10 (1.9)	41	
Teléfono	16 (3.1)	11 (2.1)	5 (1)	31	
Alojamiento	10 (1.9)	9 (1.7)	1 (0.2)	10	

La cantidad de ayuda recibida de los servicios y de los familiares se muestra en la Tabla 3, junto a la cantidad de ayuda necesaria estimada por el paciente. El porcentaje de pacientes que reciben "moderada" o "mucho" ayuda de los servicios oscila entre el 1% para alojamiento y el 40.9% para síntomas psicóticos. La ayuda de los familiares oscila entre el 0.2% para alojamiento y el 36.1% para angustia. Los familiares también proporcionaron mucha ayuda en las áreas cuidado del hogar, alimentación, síntomas psicóticos, y dinero. El porcentaje de pacientes que consideró que el tipo de ayuda recibida era el correcto se muestra también en la tabla 3, junto al porcentaje de pacientes satisfechos con la ayuda proporcionada. Los porcentajes de satisfacción oscilaron entre el 1.5% para alojamiento y el 60.4% para angustia o malestar psicológico.

La primera columna de la Tabla 4 presenta la media del número total de necesidades comunicadas por los pacientes (5.1), junto a la media de necesidades satisfechas (4) y la de no satisfechas (1.1). El resto de columnas de la Tabla 4 muestra la misma información para otras cinco ciudades

europeas. Comparativamente se observa que la media de necesidades reportadas es relativamente baja, la media de necesidades satisfechas es alta y la media de necesidades no satisfechas es baja. Globalmente Barcelona tiene datos muy similares a Copenhague.

Por último, en la Tabla 5 se presentan los modelos de regresión estimados para estudiar la influencia de un conjunto de datos sociodemográficos y de salud sobre el total de necesidades y sobre la razón de necesidades insatisfechas entre necesidades satisfechas. En el primer caso se estimó una regresión binomial negativa por la existencia de sobredispersión y en el segundo una regresión de Poisson. El total de necesidades informadas se incrementa de forma estadísticamente significativa en los pacientes con un trastorno esquizofrénico, de nivel socioeconómico bajo o muy bajo y de mayor edad. Un peor funcionamiento global y pocos años de evolución de la enfermedad también incrementan las necesidades totales, aunque su efecto no es estadísticamente significativo.

Respecto al cociente entre necesidades no satisfechas y

Tabla 3		Necesidades subjetivas y ayuda de los servicios y familiares (secciones 2 y 3 del CAN). Adecuación de la ayuda y satisfacción con ella (sección 4 del CAN)			
Ítems CAN <sup>1</sup> (N=518)	Ayuda de servicios <sup>2</sup>	Necesidad de Ayuda <sup>2</sup>	Ayuda de Familiares <sup>2</sup>	Tipo ayuda correcto <sup>3</sup>	Satisfacción con Ayuda <sup>3</sup>
Angustia	24.4	29.6	36.1	61.6	60.4
Sint Psicóticos	40.9	42.2	23.4	47.5	48.1
Salud Física	22.7	23.1	16.2	40.5	40.7
Compañía	18.9	29.2	18.5	40.3	39.8
Actividades Diarias	19.3	28.0	11.6	35.1	34.6
Riesgos Sí mismo	6.1	7.9	10.3	12.5	12.4
Alcohol	4.5	4.4	4.6	6.9	6.6
Cuidado Hogar	10.4	11.8	33.4	45.9	45.9
Relaciones Pareja	5.0	10.2	5.8	15.4	15.4
Sexualidad	3.7	8.8	3.5	15.8	15.1
Transporte	5.4	6.0	16.8	34.2	34.4
Otras Drogas	2.3	2.9	2.3	3.9	4.1
Alimentación	6.7	6.9	28.4	40.5	40.3
Dinero	6.2	7.1	21.4	32.4	32.6
Cuidado Personal	4.3	4.5	7.7	15.8	15.6
Prestaciones Sociales	1.9	3.5	1.6	2.3	1.9
Riesgos para los demás	1.8	2.2	2.2	7.3	7.3
Información	2.9	3.3	2.7	5.4	5.2
Cuidado Hijos	1.6	1.8	3.1	3.9	3.7
Teléfono	0.8	0.6	1.2	2.5	2.5
Educación Básica	1.2	1.0	1.4	5.6	5.6
Alojamiento	1.0	1.2	0.2	1.4	1.5

<sup>1</sup>Todas las cifras son porcentajes y se basan en el nº de pacientes que comunican una necesidad dentro del área en cuestión, es decir una calificación de 1 o 2 en la Sección 1 del CAN; <sup>2</sup>Las cifras indican el % de pacientes que comunican "moderada" o "mucho ayuda"; <sup>3</sup>Las cifras indican el % de pacientes que encuentran la ayuda "adecuada" y "satisfactoria".

Tabla 4		Promedios para el total de necesidades, satisfechas y no satisfechas en seis ciudades europeas				
	Barcelona (N=518)	Amsterdam (N=61)	Copenhagen (N=52)	London (N=84)	Santander (N=100)	Verona (N=107)
Total Necesidades	5.1	6.3	5.2	6.0	4.8	4.9
Necesidades Satisfechas	4	3.8	3.9	3.8	3.2	3.5
Necesidades No Satisfechas	1.1	2.5	1.3	2.2	1.6	1.5

satisfechas, se incrementa en pacientes de nivel socioeconómico bajo o muy bajo, de menor edad, con peor funcionamiento global y con pocos años de evolución.

## DISCUSIÓN

Casi tres de cada cinco pacientes (65%) del programa TMS del distrito estudiado presentan síntomas de angustia

o malestar psicológico. Casi la mitad de los pacientes (49%) presentan síntomas psicóticos y problemas en el cuidado del hogar. Algo menos de la mitad (42-46%) presentan problemas de falta de contacto social, problemas médicos y de alimentación. Algo más de un tercio presentan problemas en mantener actividades diarias, en el empleo del transporte público y en la administración del dinero. Otras necesidades presentes en más del 20% de los pacientes, por orden des-

Tabla 5		Influencia de diferentes factores sociodemográficos y clínicos sobre el número de necesidades totales y sobre la razón necesidades no satisfechas/satisfechas		
		OR <sup>3</sup>	P	IC95% OR
<b>Total Necesidades<sup>1</sup></b>				
	Tr. Esquizofr. vs Otros	1.205	0.004	1.061 a 1.369
	N. Socioec. Bajo vs Medio	1.442	<0.0005	1.200 a 1.733
	N. Socioec. Muy bajo vs Medio	1.587	<0.0005	1.331 a 1.891
	Mujeres vs Hombres	0.932	0.932	0.826 a 1.052
	Edad	1.007	0.004	1.002 a 1.011
	EEAG	0.996	0.163	0.990 a 1.002
	Años evolución enfermedad	0.990	0.082	0.979 a 1.001
<b>Necesidades No Satisfechas/Necesidades satisfechas<sup>2</sup></b>				
	Tr. Esquizofr. vs Otros	1.341	0.238	0.824 a 2.183
	N. Socioec. Bajo vs Medio	2.570	0.008	1.284 a 5.146
	N. Socioec. Muy bajo vs Medio	2.055	0.035	1.052 a 4.014
	Mujeres vs Hombres	1.102	0.653	0.722 a 1.680
	Edad	0.966	<0.0005	0.949 a 0.984
	EEAG	0.932	<0.0005	0.912 a 0.952
	Años evolución enfermedad	0.960	0.041	0.924 a 0.998

<sup>1</sup> Regresión binomial negativa con  $\delta=0.2$ ; <sup>2</sup> Regresión de Poisson; <sup>3</sup> Resultados ajustados por número total de ingresos y tiempo total de ingreso.

cedente, son encontrar relación de pareja y su sexualidad. Otro estudio en nuestro país<sup>20</sup> determinó que las necesidades más frecuentes correspondían a las áreas síntomas psiquiátricos, información, compañía y actividades diarias.

Las cifras anteriormente reflejadas apuntan al impacto que tiene la enfermedad mental grave sobre los pacientes, que generalmente presentan un malestar psicológico crónico debido a que los tratamientos farmacológicos no alivian del todo los síntomas y a la discapacidad social que lleva aparejada.

Tres de cada cinco pacientes consideran que reciben apoyo y tratamiento suficientes en cuanto a sus síntomas de angustia, y la mitad en cuanto a su sintomatología psicótica. Dos de cada cinco reciben tratamiento y apoyo suficientes en relación al cuidado del hogar, problemas médicos, alimentación y relaciones sociales. Un tercio considera que se le presta ayuda suficiente en actividades diarias, empleo del transporte y administración del dinero.

El cociente necesidades no satisfechas/total de necesidades nos muestra un problema (no aparente) de ajuste entre las redes profesional y familiar en cuanto a las áreas siguientes: prestaciones sociales, compañía, cuidado de los hijos, aislamiento y soledad, sexualidad y relaciones de pareja. Las áreas de necesidades por encima de un 20% en la ayuda prestada por los servicios son síntomas psicóticos (50%), angustia (24%) y salud física (problemas médicos) (22%). En cuanto a la ayuda prestada por las familias se localizan angustia (36%), cuidado del hogar (33%), alimentación (28%), síntomas psicóticos (23%) y administración del dinero (21%). La ayuda de los familiares es superior a la de los servicios en algunas áreas: cuidado del hogar, alimentación, administración del dinero y angustia.

En la misma línea, la necesidad de ayuda manifestada por los usuarios es claramente superior a la ayuda prestada por los servicios de salud mental en cuatro áreas: compañía, actividades diarias, relaciones de pareja, angustia y sexualidad. Se constata una perfecta relación entre considerar correcto el tipo de ayuda que se recibe con la satisfacción con la ayuda recibida (tabla 3).

La satisfacción con la ayuda recibida entre las 15 áreas de necesidad más prevalentes es particularmente crítica (<20%) en las siguientes áreas: problemas de alcohol (6.6%), riesgos para los demás (7.3%), riesgos para sí mismo (12.4%), sexualidad (15.1), relaciones de pareja (15.4) y cuidado personal (15.6%).

En relación al área angustia o malestar psicológico, tenemos que hacer notar la confusa traducción hecha por el grupo de investigación de Granada Sur. "*Psychological distress*" en la versión inglesa fue traducido como angustia, palabra que alude en psiquiatría a lo que experimenta un paciente con trastorno por angustia en sus crisis (que suelen ir acompañadas de síntomas fisiológicos muy fuertes como elevadas palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de ahogo o de atragantarse, opresión y pinchazos en el pecho, etc.). En nuestra opinión "*psychological distress*" tiene que ver más con un sentimiento general de malestar psíquico inespecífico debido a varias causas: los síntomas residuales que quedan en los enfermos en tratamiento neuroléptico, los déficit cognitivos que suelen presentar estos pacientes y las dificultades que encuentran en su vida diaria debido al impacto de la enfermedad (discapacidad social). Creemos que la evaluación de esta área desde esta perspectiva, en nuestra opinión más adecuada, resultaría diferente.

Existe una alta similitud entre las necesidades que figuran por encima del 20% en la frecuencia de su presentación en el estudio nórdico<sup>2</sup> y las encontradas en el presente trabajo, salvo en dos áreas, información y alojamiento. Algunos autores<sup>21</sup> han advertido del impacto de las diferentes culturas sobre el área de alojamiento. En nuestro contexto cultural se da por hecho que el paciente psiquiátrico grave vive con su familia de origen.

En resumen y como conclusión principal del presente estudio, constatamos que deberían recibir una mayor atención, tanto por parte de los servicios de salud mental como de la familia, las áreas que tienen que ver con las relaciones sociales, las actividades diarias y las prestaciones sociales, y especialmente en pacientes con trastorno esquizofrénico o esquizoafectivo, de nivel socioeconómico bajo o muy bajo, de avanzada edad y con una larga evolución de la enfermedad.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Wagner LC. Necesidades existenciales de personas con trastornos esquizofrénicos de larga evolución: un estudio cualitativo multicéntrico. Tesis Doctoral (2005). Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Granada.
2. Middelboe T, Mackeprang T, Hansson L, Werdelin G, Karlsson H, Bjarnason O, et al. The Nordic Study on schizophrenic patients living in the community. Subjective needs and perceived help. *Eur Psychiatry*. 2001;16:207-14.
3. Baca E, Bobes J, Leal C, Giner J, Cervera S, Ibáñez E. Satisfacción de necesidades individuales y calidad de vida en los pacientes esquizofrénicos. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*. 1997;supl. 2:37-42.
4. Wing J, Brewin CR, Thornicroft G. Defining mental health needs. En: Thornicroft G, Brewin CR, Wing J, eds. *Measuring Mental Health Needs*. London (UK): Gaskell, 1992.
5. Brewin CR, Wing JK, Mangen SP, Brugha TS, MacCarthy B. Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: The MRC Needs for Care Assessment *Psychol Med*. 1987;17:871-81.
6. Lesage AD, Mignolli G, Facciniani C, Tansella M. Standardized assessment of the needs for care in a cohort of patients with schizophrenic psychoses. *Psychol Med, Monog suppl (Community-based psychiatry long-term patterns of care in South-Verona)*. 1992;19:27-33.
7. Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T, et al. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry*. 1995;167:589-95.
8. Servei Catalá de la Salut. Programa d'Atenció específica als Trastorns Mentals Severes. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2003.
9. Índice Socioeconómico de Hollingshead. En: Bornstein MH, ed. *Handbook of Parenting, Vol. 2. Cap 8: Estatus Socioeconómico y Paternidad*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2002.
10. Rosales Varo C. Estudio Geográfico de una población de Esquizofrénicos y de sus Necesidades en un Área de Granada. Tesis Doctoral 1998. Universidad de Granada.
11. Moreno B, Jiménez JE, Godoy JE, Torres F. Assessment of needs for care of a schizophrenic patients sample from the Granada Sur Mental Health Care Area. *Actas Esp Psiquiatr*. 2003;31(6):325-30.
12. Arvidsson H. Needs assessed by patients and staff in a Swedish sample of severely mentally ill subjects. *Nord J Psychiatry*. 2001;55:311-7.
13. Arvidsson H. Test-retest reliability of the Camberwell Assessment of Need (CAN). *Nord J Psychiatry*. 2003;57:279-83.
14. Arvidsson H. The development of needs in a group of severely mentally ill. A 10-year follow-up study after the 1995 Swedish mental health care reform. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43:705-13.
15. Wennström E, Wiesel FA. The Camberwell Assessment of Need as an outcome measure in routine mental health care. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41:728-33.
16. Wiersma D. Needs of people with severe mental illness. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113(suppl 429):115-9.
17. Wiersma D, van den Brink R, Wolters K, McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L, et al. Individual unmet needs for care: are they sensitive as outcome criterion for the effectiveness of mental health services interventions? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2009;44:317-24.
18. Mc Crone P, Leese M, Thornicroft G, Schene A, Knudsen HC, Vázquez-Barquero JL; for the Epsilon Study Group. A comparison of needs of patients with schizophrenia in five European countries: the Epsilon Study. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;103:370-9.
19. Mc Crone P, Leese M, Thornicroft G, Schene A, Knudsen HC, Vázquez-Barquero JL, et al.; and Epsilon Study Group. Reliability of the Camberwell Assessment of Need - European Version. *EPSILON Study 6. British Journal of Psychiatry*. 2000;177:34-40.
20. Guillén AI, Muñoz M. Variables asociadas a las necesidades psicosociales de personas con enfermedad mental grave usuarias de servicios comunitarios y de sus cuidadores familiares. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*. 2011;7:15-24.
21. Torres F, Rosales C, Moreno B, Jiménez JF. Evaluación de las necesidades de los enfermos mentales. En: Bulbena A, Berrios GE, Fernández de Larrinoa P, eds. *Medición Clínica en Psiquiatría y Psicopatología*. Barcelona: Masson, 2000.