

Estudio métrico de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), basada en la Teoría de D. Orem para pacientes diagnosticados de esquizofrenia

Juan Francisco Roldán Merino

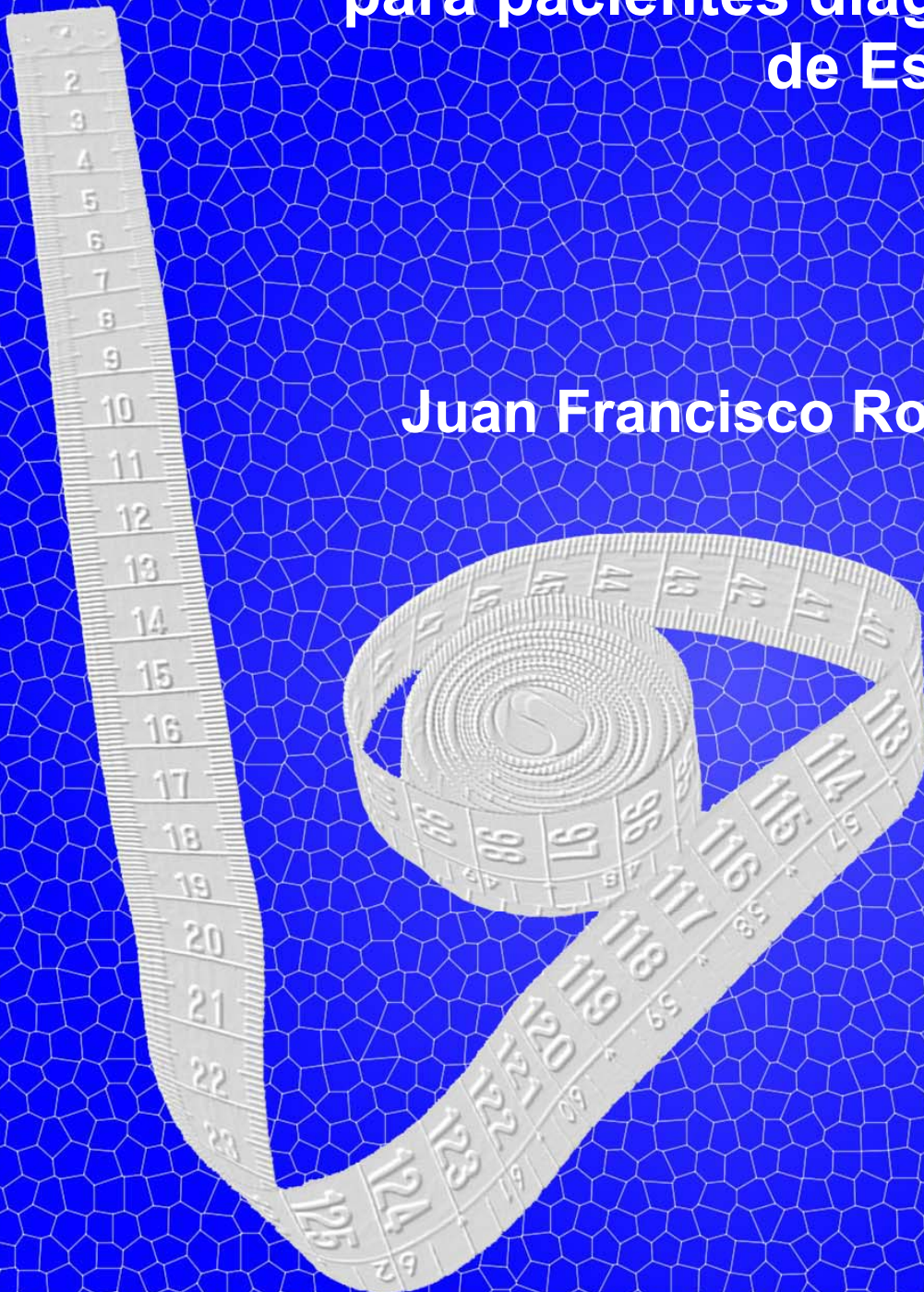
ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized neither its spreading and availability from a site foreign to the TDX service. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service is not authorized (framing). This rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

**Estudio métrico de la Escala de
Requisitos de Autocuidado (ERA),
basada en la Teoría de D. Orem
para pacientes diagnosticados
de Esquizofrenia**

Juan Francisco Roldán Merino



Tesis doctoral 2011

UNIVERSITAT DE BARCELONA
Programa de Doctorat en Ciències Infermeres

Estudio métrico de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), basada en la Teoría de D. Orem para pacientes diagnosticados de esquizofrenia

Tesis presentada por
Juan Francisco Roldán Merino para optar
al grado de Doctor
por la Universidad de Barcelona

Directores de la Tesis

Dra. M^a Teresa Lluch Canut

Dr. Josep Maria Haro Abad

Para Irma y Mireia mis principales tesoros

Para mis Padres Manuel y Carmen

Agradecimientos

Deseo expresar mi más sincera gratitud a todas aquellas personas que mediante su apoyo y amistad han hecho posible la realización de esta investigación.

En primer lugar quiero agradecer a la Dra. M^a Teresa LLuch y al Dr. Josep Maria Haro, directores de esta tesis, por haber confiado en mi y por su inestimable ayuda y dedicación en todo momento.

Con mucho cariño a Manoli Menarguez, residente de enfermería por compartir la idea inicial de esta investigación.

Deseo expresar mi gratitud a todas las enfermeras, enfermeros y otros profesionales de los Centros de Salud Mental que han participado y han hecho posible este proyecto, en especial a Alexandrina Foix, Anna Ramió, M^a Dolores Royo, Cacilda Jetha y Montse Sabadell.

También quiero dar las gracias a *l'Institut de Ciències de l'Educació de la Universitat de Barcelona (ICE-UB)* y a *la Unitat de Recerca i Desenvolupament Parc Sanitari Sant Joan de Déu (URD)* por el asesoramiento recibido.

A Amelia Guilera, por el soporte que me ha proporcionado para la realización de la tesis.

A Juan Carlos Martín, responsable de los sistemas de información por su imprescindible ayuda en el desarrollo del programa informático.

A Yolanda Galvez y Alicia Martín por conseguirme muchos de los artículos de los que me he documentado.

A Irma y Mireia, por su ayuda incondicional, por estar siempre a mi lado y por la alegría y felicidad de estar juntos en todo momento. Pero sobre todo porque se que estarán contentas de ver finalizada esta tesis.

A mis padres, por todo lo que me han enseñado a lo largo de mi vida, por su paciencia y por su apoyo en todo momento. En especial a mi madre, que a pesar de no estar ahora aquí presente, seguro que me está acompañando en este momento.

A todas mis compañeras y compañeros de la *Escola Universitària d'Infermeria de Sant Joan de Déu*, por compartir en algún momento dudas y por haberme soportado en todos los sentidos.

Este trabajo tampoco hubiera sido posible sin la ayuda del Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III. Exp.: FIS P1051587.

Son muchas las personas a quien tengo que agradecer, y que no me gustaría dejar de poner en este apartado. Por este motivo, os digo a todos: Gracias. Gracias a todos los que me habéis ayudado a lo largo de esta tesis.

Índice

Índice

Resumen	1
I. Introducción.....	9
1. Esquizofrenia	9
1.1 Historia	9
1.2 Diagnóstico.....	11
1.3 Epidemiología.....	14
Incidencia	14
Prevalencia	14
Edad de inicio.....	15
Mortalidad	16
1.4 Clínica y clasificación	17
E. Tipo paranoide.....	17
E. Tipo desorganizado	17
E. Tipo catatónico	17
E. Tipo indiferenciado.....	17
E. Tipo residual	17
1.5 Etiología	18
Factores genéticos.....	18
Factores ambientales	18
1.6 Evolución y pronóstico	20
1.7 Tratamiento	21
1.8 Repercusión social e impacto en los cuidadores.....	21
2. Teoría de enfermería de Dorothea Orem	27
2.1 Teorías y modelos de enfermería.....	27
2.2 Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem	28
2.2.1 Teoría del Autocuidado	30
Requisitos de autocuidado universales.....	32
Requisitos de autocuidado de desarrollo	34
Requisitos de autocuidado de desviación de la salud.....	34
2.2.2 Teoría del Déficit de Autocuidado	35
2.2.3 Teoría de los Sistemas de Enfermería	38
Sistema de enfermería totalmente compensatorio	39

Sistema de enfermería parcialmente compensatorio.....	39
Sistema de enfermería de apoyo educativo	39
2.2.4 La teoría de D. Orem y los conceptos del metaparadigma	
enfermero.....	40
Persona	40
Entorno	41
Salud	41
Enfermería.....	41
3. Evaluación del autocuidado	45
3.1. Escalas que evalúan el autocuidado según la Teoría de	
Dorothea Orem	45
3.1.1 <i>The exercise of Self-Care Agency (ESCA)</i>	46
3.1.2 <i>The Denyes Self-Care Agency Instrument (DSCAI)</i>	46
3.1.3 <i>The Denyes Self-Care Practice Instrument (DSCPI)</i>	47
3.1.4 <i>The Perception of Self-Care Agency Questionnaire</i>	
(PSCA)	47
3.1.5 <i>The Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA)</i>	48
3.1.6 <i>Dependent Care Agent Questionnaire (DCA)</i>	49
3.1.7 <i>Self-As-Carer Inventory (SCI)</i>	49
3.1.8 <i>The Mental Health – Related Self-Care Agency Scale</i>	
(MH-SCA)	50
3.1.9 Cuestionario basado en la Teoría de Orem de Clark	50
3.2. Escalas que se usan para valorar el autocuidado en pacientes	
psiquiátricos	52
II. Justificación del estudio.....	61
III. Objetivos de la Investigación	65
General	65
Específicos.....	65
IV. Hipótesis.....	69
V. Metodología.....	73
5.1 Diseño del estudio	73
5.2 Lugar de estudio	73
5.3 Población objetivo.....	74
5.4 Población accesible	74

Criterios de inclusión	74
Criterios de exclusión	74
5.5 Población de estudio	74
5.6 Diseño y Construcción de la Escala de Requisitos de Autocuidado	79
Etapas.....	79
Prueba Piloto	84
Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA).....	85
Descripción de los ítems de la Escala de Requisitos de Autocuidado	88
Factor I: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos.....	88
Factor II: Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación	91
Factor III: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	92
Factor IV: Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.....	95
Factor V: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.....	97
Factor VI: Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.....	102
5.7 Fuentes de información.....	107
Escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana. Life Skill Profile “LSP” (Life Skills Profile).....	107
Escala Funcionamiento Actividad Global (GAF).....	108
Otras variables.....	109
5.8 Procedimiento de la recogida de datos	109
5.9 Análisis estadístico	111
5.9.1 Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra	111
5.9.2 Análisis descriptivo de los ítems de la escala ERA.....	111
5.9.3 Análisis de la fiabilidad.....	111
5.9.4 Análisis de la validez.....	116
Validez convergente	116
Validez discriminante.....	116

Validez de constructo (análisis factorial confirmatorio).....	117
Especificación del modelo	119
Identificación del modelo	123
Estimación de parámetros.....	125
Evaluación del ajuste del modelo	125
Índices de ajuste absoluto	125
Índices de ajuste incremental	126
Índices de parsimonia.....	126
Análisis de fiabilidad del modelo.....	126
5.9.5 Baremación.....	127
VI Resultados.....	131
6.1 Descripción de la muestra de estudio	131
6.2 Análisis descriptivo de los ítems	134
6.3 Análisis de la fiabilidad.....	136
6.3.1 Análisis de la consistencia interna.	136
6.3.2 Análisis test-retest.....	139
6.4 Análisis de la validez.....	147
6.4.1 Análisis de la validez convergente.....	147
6.4.2 Análisis de la validez discriminante.....	148
6.4.3 Análisis de la validez de constructo: Análisis factorial	150
Estimación de parámetros.....	150
Bondad de ajuste del modelo	153
Fiabilidad del modelo	154
6.5 Baremación de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA)	155
VII. Discusión.....	179
7.1 Discusión de los resultados obtenidos	179
Características psicométricas	179
Baremación	183
7.2 Limitaciones del estudio.....	185
7.3 Recomendaciones	186
7.4 Aplicabilidad práctica	187
VIII. Conclusiones	191
IX. Referencias bibliográficas	195
X. Anexos	217

Anexo I: Consentimiento informado para el estudio.....	217
Anexo II: <i>Brainstorming</i> ; Posibles dificultades de los pacientes diagnosticados de Esquizofrenia	221
Anexo III: Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA)	227
Anexo IV: Escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana. <i>Life Skills Profile</i> “LSP”.	241
Anexo V: Escala de funcionamiento global (GAF)	253

Tablas

Tabla 1: Criterios de Kurt Schneider	10
Tabla 2: Características de la esquizofrenia en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10	12
Tabla 3: Características de la esquizofrenia descritas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV	13
Tabla 4: Influencia del sexo, migración, urbanización, recursos económicos y tendencia temporal en la incidencia, prevalencia y mortalidad de la esquizofrenia	16
Tabla 5: Las estimaciones del riesgo relativo para la esquizofrenia, debido a diversos factores de riesgo genéticos y ambientales	19
Tabla 6: Formulación de los requisitos de autocuidado	33
Tabla 7: Componentes de las facultades de la agencia de autocuidado	37
Tabla 8: Descripción de las escalas de Autocuidado basadas en la Teoría de D. Orem.....	51
Tabla 9: Características de las escalas más utilizadas para evaluar el funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia.....	57
Tabla 10: Perfil de la persona con diagnóstico de esquizofrenia (riesgos potenciales).....	81
Tabla 11: Características sociodemográficas y clínicas de la muestra de estudio	133
Tabla 12: Estadísticos descriptivos de los ítems de la escala ERA	135
Tabla 13: Escala ERA coeficientes de consistencia interna alfa de Cronbach	137
Tabla 14: Correlación ítem total de la escala ERA	138
Tabla 15: Escala ERA: Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) test-retets.....	140
Tabla 16: Distribución de las diferencias absolutas entre las medidas de las dos escalas ERA en 328 pacientes.....	143
Tabla 17: Evaluación de la validez discriminante mediante comparación de medias de la escala ERA entre distintos grupos (GAF inferior o igual a 50 y GAF superior a 50).....	150
Tabla 18: Cargas factoriales derivadas de la estimación LS (mínimos Cuadrados) del Análisis Factorial Confirmatorio (λ_{ij})	151

Tabla 19: Índices de bondad de ajuste del Modelo Confirmatorio	153
Tabla 20: Fiabilidad de los factores del modelo.....	154
Tabla 21: Relación entre la puntuación media total de la escala ERA y el sexo, edad y años de evolución.....	155
Tabla 22: Baremación según hombres	158
Tabla 23: Baremación según mujeres	159
Tabla 24: Media y Desviación Estandard de las puntuaciones directas de la escala ERA en hombres.....	160
Tabla 25: Media y Desviación Estandard de las puntuaciones directas de la escala ERA en mujeres	161
Tabla 26: Puntuaciones T para la subescala: mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos en hombres	162
Tabla 27: Puntuaciones T para la subescala: provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación en hombres.....	162
Tabla 28: Puntuaciones T para la subescala: mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el reposo en hombres.....	163
Tabla 29: Puntuaciones T para la subescala: mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social en hombres	163
Tabla 30: Puntuaciones T para la subescala: prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano en hombres.....	164
Tabla 31: Puntuaciones T para la subescala: promoción del desarrollo humano dentro de los grupos sociales en hombres.....	165
Tabla 32: Puntuaciones T para el Total escala ERA en hombres.....	166
Tabla 33: Puntuaciones T para la subescala: mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos en mujeres.....	169
Tabla 34: Puntuaciones T para la subescala: provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación en mujeres.....	169
Tabla 35: Puntuaciones T para la subescala: mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el reposo en mujeres	170
Tabla 36: Puntuaciones T para la subescala: mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social en mujeres	170
Tabla 37: Puntuaciones T para la subescala: prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano en mujeres.....	171

Tabla 38: Puntuaciones T para la subescala: promoción del desarrollo humano dentro de los grupos sociales en mujeres	172
Tabla 39: Puntuaciones T para el Total escala ERA en mujeres.....	173

Figuras

Figura 1: Representación gráfica de la Teoría General del Déficit de Autocuidado de D. Orem.....	30
Figura 2: Sistemas de Enfermería según la Teoría de Enfermería de D. Orem.....	40
Figura 3: Situación geográfica de los Centros de Salud Mental (CSM). Provincia de Barcelona	73
Figura 4: Diseño y construcción de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA)	83
Figura 5: Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA)	87
Figura 6: Procedimiento de la recogida de datos	110
Figura 7: Fases de ejecución del análisis factorial confirmatorio.....	118
Figura 8: Especificación del modelo con 6 factores y 35 indicadores	120
Figura 9: Expresión matricial de la ERA.....	121
Figura 10: Matrices de la escala ERA: correlación entre factores y errores de medida	122
Figura 11: Identificación del modelo con 6 factores y 35 indicadores	124
Figura 12: Distribución de los pacientes según el centro de origen	131
Figura 13: Clasificación de los pacientes según el diagnóstico clínico.....	132
Figura 14: Histograma de frecuencias de la puntuación total escala ERA	134
Figura 15: Análisis de correlación entre las puntuaciones totales de las dos escalas ERA.....	139
Figura 16: Diferencias en los valores de la puntuación de la escala ERA entre dos observadores en relación a su promedio.....	141
Figura 17: Método de Bland y Altman: Diferencia de las puntuaciones frente a la media de las dos escalas ERA	142
Figura 18: Histograma de las diferencias de las puntuaciones de las dos escalas ERA.....	142
Figura 19: Gráfico de acuerdo – supervivencia entre dos mediciones de la escala ERA.....	144
Figura 20: Gráficos de acuerdo – supervivencia entre dos mediciones de la escala ERA según sexo	145

Figura 21: Gráficos de acuerdo – supervivencia entre dos mediciones de la escala ERA según grupos de edad	145
Figura 22: Gráficos de acuerdo – supervivencia entre dos mediciones de la escala ERA según años de evolución	146
Figura 23: Gráficos de acuerdo – supervivencia entre dos mediciones de la escala ERA según GAF	146
Figura 24: Gráficos de acuerdo – supervivencia para ERA 2 > ERA 1 y ERA 1 > ERA 2.....	147
Figura 25: Análisis de correlación entre las puntuaciones totales de la escala LSP y escala ERA.....	148
Figura 26: Puntuación total de la escala ERA según los diferentes grupos de GAF (media e intervalo de confianza del 95%).	149
Figura 27: Parámetros estandarizados del modelo	152
Figura 28: Perfil con las puntuaciones directas para cada subescala y para el total de la escala ERA (ejemplo varón de 51 años de edad y 16 años de evolución de la enfermedad)	176

Abreviaturas:

A	Autocuidado
ABDV	Actividades Básicas de la Vida Diaria
AFC	Análisis Factorial Confirmatorio
AFE	Análisis Factorial Exploratorio
AGFI	<i>Adjusted Goodness – of – Fit Index</i>
AIPSS	<i>Assessment of Interpersonal Problem-Solving Skills</i>
AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Cotidiana
ASA	<i>The Appraisal of Self-Care Agency Scale</i>
BBNFI	<i>Bentler Bonnet Normed Fit Index</i>
BBNNFI	<i>Bentler Bonnet Non Normed Fit Index</i>
BDI	<i>The Beck Depression Inventory</i>
BPRS	<i>The Brief Psychiatric Rating Scale</i>
C	Comunicación
CAF	<i>Community Adjustment Form</i>
CCI	Coeficiente de Correlación Intraclase
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CSI	Comportamiento Social Interpersonal
CSM	Centros de Salud Mental
CSNP	Comportamiento Social No Personal
DAS-II	<i>Disability Assessment Scale-II</i>
DCA	<i>Dependent Care Agent Questionnaire</i>
DCSES	<i>Depression Coping Self-Efficacy Scale</i>
DE	Desviación Estándar
DSCAI	<i>The Denyes Self-Care Agency Instrument</i>

Abreviaturas:

DSCPI	<i>The Denyes Self-Care Practice Instrument</i>
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Sistema de clasificación de la <i>American Psychiatric Association</i>
ERA	Escala de Requisitos de Autocuidado
ESCA	<i>The Exercice of Self-Care Agency</i>
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
GAF	Escala de Funcionamiento Global o escala de evaluación de la actividad global
GAS	<i>Global Assessment Scale</i>
GFI	<i>Googness of-Fit Indix</i>
GLS	Método Mínimos Cuadrados Generalizados
GSDS	<i>Groningen Social Disability Schedule</i>
GSDS	<i>Groningen Social Disability Schedule</i>
IC	Intervalo de Confianza
IPM	Incidencia – Prevalencia - Mortalidad
ISSI	<i>Interview Schedule for Social Interaction</i>
IVC	Índice de Validez de Contenido
KAS	<i>Katz Adjustment Scale</i>
LSP	<i>Life Skills Profile</i>
MCAS	<i>Multinomah Community Ability Scale</i>
MH-SCA	<i>The Mental Health – Related Self-Care Agency Scale</i>
MMSE	<i>Mini Mental State Examination</i>
P	Nivel de significación
PANSS	<i>Positive and Negative Syndrome Scale</i>

Abreviaturas:

PD	Puntuación Directa
PPCBS	<i>Psiquiatric Patient's Gregiver Burden Scale</i>
PSCA	<i>The Perception of Self-Care Agency Questionnaire</i>
PSP	<i>Personal and Social Performance Scale</i>
RFS	<i>Role Functioning Scale</i>
RFS	<i>Role Functioning Scale</i>
RME	Razón de Mortalidad Esperada
RMSE	<i>Root Mean Standard Error</i>
SAFE	<i>Scale for Social Adaptive Functioning Evaluation</i>
SAFE	<i>Scale for Social Adaptive Functioning Evaluation</i>
SAS-II	<i>Social Adjustment Scale-II</i>
SBS	<i>Social Behaviour Schedule</i>
SCI	<i>Self-As-Carer Inventory</i>
SCOS	<i>Strauss-Carpenter Outcome Scale</i>
SFS	<i>Social Functioning Scale</i>
SOFAS	<i>Social and Occupational Functioning Assessment Scale</i>
TMS	Trastorno Mental Severo
VA	Vida autónoma

Resumen:

La esquizofrenia es un trastorno mental, generalmente de larga duración, que causa trastornos del pensamiento y la percepción en forma de delirios, desorganización y alucinaciones, alteración del comportamiento y aislamiento social. Los síntomas suelen empezar en adultos jóvenes y está asociada a un elevado coste sanitario, social y económico tanto para el paciente como para su entorno y para la sociedad en general. Las recaídas y los ingresos hospitalarios provocan un alto coste sanitario y social. Actualmente la medicación antipsicótica junto con intervenciones psicosociales es el método combinado más efectivo para mejorar el pronóstico, evitar las recaídas y mejorar la situación social de estos pacientes. Los principales factores relacionados con la aparición de recaídas son la falta de adherencia a la medicación antipsicótica, el estrés psicosocial y la dificultad del manejo de los síntomas por el propio paciente.

El Autocuidado se define como las acciones personales que emprende y realiza cada individuo con el fin de mantener su vida, su salud y su bienestar; y responder de manera constante a sus necesidades en materia de salud. Según Dorothea E. Orem, el déficit de autocuidado ocurre cuando en una persona, por situaciones derivadas de su salud, se produce una demanda de cuidado terapéutico y ésta es superior a las capacidades que tiene la persona para realizar las acciones necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado. Basándose en esta teoría, los profesionales de enfermería se encuentran en una posición clave para promover las acciones de autocuidado en los pacientes con esquizofrenia tratados en la comunidad. Para ello, es importante, que estos profesionales dispongan de herramientas que les permitan valorar la capacidad que tiene el individuo para realizar su autocuidado, y los conocimientos y habilidades suficientes para llevarlo a cabo, con el objetivo de diseñar y desarrollar el plan de cuidados más adecuado para cada paciente.

En esta investigación se han revisado los cuestionarios descritos en la literatura científica diseñados para evaluar el autocuidado, tanto aquellos basados en la

teoría de Dorothea Orem, como los diseñados para evaluar el autocuidado en pacientes con trastorno mental. La mayoría de las escalas basadas en la teoría de Dorothea E. Orem no están diseñadas específicamente para pacientes con trastornos mentales, a excepción de la *Mental Health Relate Self-Care Agency Scale*, que ha sido validada en pacientes con depresión. De las escalas desarrolladas para evaluar el autocuidado en pacientes psiquiátricos, o bien no abarcan todas las dimensiones de la agencia del autocuidado, o bien evalúan dentro de la misma escala otras dimensiones no relacionadas con el autocuidado, no habiendo localizado en nuestro entorno ningún cuestionario validado y basado en la teoría de enfermería del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem en estos pacientes.

El objetivo general de la investigación fue construir y validar un instrumento de valoración de enfermería, basado en los requisitos de autocuidado según la teoría de enfermería de Dorothea E. Orem, para pacientes diagnosticados de esquizofrenia. El estudio se realizó en dos fases, siendo la primera el diseño y construcción de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA). La validez de contenido se realizó mediante el consenso de profesionales expertos para verificar la idoneidad con la teoría de D. E. Orem, y comprobar que el cuestionario englobaba todos los aspectos relacionados con los requisitos de autocuidado. Se incluyeron en el cuestionario los ítems con un índice de validez de contenido igual o superior a 0,88, y se realizó una prueba piloto a 30 sujetos para valorar la comprensión y la factibilidad del instrumento. El cuestionario final está formado por 35 ítems distribuidos en seis dimensiones relacionadas directamente con los requisitos de autocuidado. Se administra mediante una entrevista y cada ítem es valorado según cinco posibilidades, siendo 1 la ausencia de déficit y 5 el déficit total de autocuidado.

La segunda fase consistió en el análisis métrico de la escala mediante un estudio transversal realizado durante el período 2007-10. La población de estudio fue una muestra consecutiva de sujetos de ambos sexos, mayores de 18 años de edad, diagnosticados de esquizofrenia y en contacto habitual con diez Centros de Salud Mental de la provincia de Barcelona. Se evaluó la fiabilidad del cuestionario analizando la consistencia interna mediante el

coeficiente alfa de Cronbach, y la estabilidad temporal test-retest administrando el cuestionario a la misma muestra de estudio en dos ocasiones diferentes en el tiempo y por distintos observadores. La validez convergente se analizó mediante el análisis de correlación de la escala ERA y la escala *Life Skills Profile* (LSP) adaptada al castellano, administradas al mismo tiempo en la primera visita y también por observadores diferentes. La validez discriminante se analizó mediante la comparación de las medias de la escala ERA entre diferentes grupos de pacientes, según el valor del GAF (escala de Funcionamiento de la Actividad Global). Para evaluar la validez de constructo se realizó un análisis factorial confirmatorio mediante la estimación de parámetros por el método de mínimos cuadrados generalizados. Por último para la interpretabilidad clínica de la escala se calcularon los valores poblacionales de referencia mediante baremos centiles y puntuaciones típicas T de media 50 y desviación típica 10.

Se incluyeron en el estudio 341 pacientes donde el 66,9% eran hombres con una media de 45,5 años de edad (DE 11,6) y una media de 17,9 años de evolución de la enfermedad (DE 9,4). El coeficiente alfa de Cronbach para el total de la escala fue de 0,87 y para cada dimensión se obtuvieron valores superiores a 0,70 en 3 de las 6 dimensiones de la escala. El coeficiente de correlación intraclase total fue de 0,90 y para todas las dimensiones también fue superior a 0,70. En el análisis de las diferencias individuales se obtuvo una media (de la variable diferencia) ente las dos escalas ERA de -0,067 y una desviación estándar de 11,35, ajustándose la mayoría de las diferencias a los límites de concordancia. Se obtuvo un porcentaje de acuerdo o concordancia del 93,7% para diferencias entre las dos mediciones de hasta 20 puntos y una concordancia del 85,4% para diferencias de hasta 15 puntos. El coeficiente de correlación de Spearman fue de -0,50 entre la escala ERA y el cuestionario LSP (IC del 95% de -0,59 a -0,47). La media de puntuación de la escala ERA fue superior en los pacientes con un GAF inferior o igual a 50 con diferencias estadísticamente significativas ($p=0,0001$). El análisis factorial confirmatorio mostró la existencia de 6 factores o variables latentes y 35 indicadores o ítems, con un buen ajuste del modelo. Sólo 2 ítems presentaron una baja carga factorial y estadísticamente no significativa (el ítem 8, que valora las

dificultades en relación al patrón fecal y el ítem 25, que valora el consumo de bebidas excitantes). Se realizó la baremación según las variables sexo, edad y años de evolución de la enfermedad, y con los datos que se obtuvieron se desarrolló un programa informático (ERA v1.0), en el que se representa el perfil gráfico una vez cumplimentada la escala. Se puede consultar una versión de prueba disponible en la página <http://www.santjoandedeu.edu.es/era>.

Esta investigación ha permitido el diseño y construcción de un cuestionario o escala (ERA) para pacientes con esquizofrenia tratados en la comunidad, basado en la teoría de enfermería de Dorothea Orem. Las características psicométricas de esta escala muestran una buena fiabilidad tanto en términos de consistencia interna como de estabilidad temporal, y una buena validez convergente y discriminante. La validez de constructo muestra la existencia de 6 factores aunque el factor 2 (provisión de los cuidados asociados a los procesos de eliminación) está poco representado, por lo que debería revisarse en futuras investigaciones. Este cuestionario puede ser utilizado tanto en la investigación como en la práctica clínica diaria.

I. Introducción

Esquizofrenia

I. INTRODUCCIÓN:

1. Esquizofrenia:

La esquizofrenia, palabra que deriva del griego schizo (división o escisión) y de phrenos (mente), es un trastorno mental que se manifiesta con un trastorno del pensamiento y de la percepción en forma de delirios, desorganización y alucinaciones, con una alteración del comportamiento y un aislamiento social. Ha sido descrita desde hace muchos años, pero continua siendo actualmente uno de los trastornos mentales más misteriosos y costosos en términos de sufrimiento humano y social. Es una enfermedad que afecta aproximadamente entre el 0,5 al 1 % de la población (Murray, 1996), donde los síntomas suelen empezar en adultos jóvenes, y está asociada a un elevado coste sanitario, social y económico, tanto para el paciente como para su entorno y para la sociedad en general (Haro, Salvador-Carulla, Cabases, Madoz, & Vazquez-Barquero, 1998; Wu et al., 2005). En los últimos 50 años se ha avanzado en el tratamiento de los síntomas, disminuyendo los ingresos hospitalarios y facilitando una reintegración parcial del paciente en la sociedad, con un pronóstico mejor que el que era tradicionalmente asumido.

1.1. Historia

La esquizofrenia fue descrita por primera vez por B. Morel en 1852, como un síndrome que afectaba a adolescentes y adultos jóvenes y que evolucionaba a demencia, denominándose como “demencia precoz”. Posteriormente E. Kraepelin, en 1899 (Centeno, Pino, & Rojo, 2006; Hare, 1988), logró sistematizar una serie de entidades que estaban confusas y que se consideraban diferentes, como la “demencia paranoide”, la “demencia simple”, la “hebefrenia” y la “catatonía”, y las agrupó bajo el concepto de “demencia precoz”, separándolas de la psicosis maniaco depresiva y de la parafrenia. Con ello, Kraepelin concedió más importancia a la perspectiva longitudinal del trastorno. Por otro lado, E. Bleuler, en 1911 (Centeno et al., 2006), basándose en la existencia de una disociación o desconexión entre las funciones

psíquicas, sugirió el término de esquizofrenia. Los síntomas fundamentales eran las cuatro A: el autismo, la ambivalencia, la afectividad embotada y la pérdida de asociación de ideas o asociaciones laxas. Los síntomas como delirios o alucinaciones, los consideró accesorios, ya que también se encontraban en otros trastornos.

Posteriormente, Schneider en 1959 (Centeno et al., 2006) diferencia entre síntomas de primer rango, causados directamente por el proceso esquizofrénico, y cuya presencia, en ausencia de trastornos de la conciencia o de patología cerebral orgánica, pueden considerarse patognomónicos de esquizofrenia, y síntomas de segundo rango, que son los que representan las reacciones al proceso morboso. (Tabla 1)

Tabla 1
Criterios de Kurt Schneider

Síntomas de primer rango
<ul style="list-style-type: none">• Sonoridad del pensamiento• Voces dialogadas• Voces comentadoras de la propia actividad• Vivencias de influencia corporal• Intervención del pensamiento• Divulgación del pensamiento• Percepción delirante• Sentimientos y acciones inferidos o interferidos
Síntomas de segundo rango
<ul style="list-style-type: none">• Ocurrencia delirante• Perplejidad• Empobrecimiento afectivo• Distimia• Engaños sensoriales

Fuente: Centeno M, Pino O, & Rojo J.E. (2006). Esquizofrenia. In J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (6ª ed., pp. 447-468). Barcelona (España): Elsevier Masson.

Los sistemas internacionales de clasificación de enfermedades mentales como la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) (Organización Mundial de la Salud,) y el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos

mentales) (American Psychiatric Association, 2003) intentan asumir los diferentes conceptos existentes planteados por Kraepelin, Bleuler y Schneider, dando importancia al diagnóstico transversal y longitudinal del paciente. Estos conceptos enfatizan el curso de la enfermedad descrita por Kraepelin, de que los síntomas deben estar presentes como mínimo seis meses (solamente en el DSM), dan importancia a los síntomas de primer rango señalados por Schneider y reconocen la importancia de los síntomas fundamentales propuestos por Bleuler (las asociaciones laxas y el aplanamiento afectivo).

1.2. Diagnóstico

A partir de estas aportaciones propuestas por Kraepelin, Schenider y Bleuler los sistemas clasificativos CIE-10 y DSM-IV proponen actualmente criterios para establecer el diagnóstico de esquizofrenia (Tablas 2 y 3).

Tabla 2
Características de la esquizofrenia en la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10

CIE – 10
<p>(F20-29) Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes</p> <p>G1. Al menos uno de los síndromes, síntomas o signos de la lista (1), o al menos dos de los signos y síntomas de la lista (2): que hayan estado claramente presentes la mayor parte del tiempo durante un período de un mes o más (o algún tiempo durante la mayor parte del día).</p> <p>(1) Al menos uno de los siguientes: a) eco, robo, inserción del pensamiento o difusión de éste; b) ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretos o percepción delirante; c) voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo; d) ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (p.ej., de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).</p> <p>(2) O al menos dos de los siguientes: e) alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente; f) interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos; g) manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo y estupor; h) síntomas negativos, tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.</p> <p>G2. Criterios de exclusión más comúnmente usados: si el paciente cumple los criterios de episodio maníaco (F30) o de episodio depresivo (F32), los síntomas esquizofrénicos (listas [1] y [2]) deben anteceder claramente al trastorno del humor (afectivo).</p> <p>G3. El trastorno no es atribuible a enfermedad cerebral manifiesta o a intoxicación por alcohol o sustancias psicótropas o una abstinencia de éstos.</p>

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. – 10a. revisión. v. 3. Washington, D.C.:OPS; 1995. (Publicación científica 554)

Tabla 3
Características de la esquizofrenia descritas en el DSM-IV

Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales
<p>A. Síntomas característicos: Dos (o más) de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) ideas delirantes (2) alucinaciones (3) lenguaje desorganizado (p. Ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia) (4) comportamiento catatónico o gravemente desorganizado (5) síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia) <p>Nota: sólo se requiere un síntoma del Criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.</p> <p>B. Disfunción social / laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).</p> <p>C. Duración: Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses. Este período de 6 meses debe incluir al menos 1 mes de síntomas que cumplan el Criterio A (o menos si se ha tratado con éxito) y puede incluir los períodos de síntomas prodrómicos y residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos de la alteración pueden manifestarse sólo por síntomas negativos o por dos o más síntomas de la lista del Criterio A, presentes de forma atenuada (p.ej., creencias raras, experiencias perceptivas no habituales).</p> <p>D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivo y del estado del ánimo: El trastorno esquizoafectivo y del estado de ánimo con síntomas psicóticos se han descartado debido a: 1) no ha habido ningún episodio depresivo mayor, maníaco o mixto concurrente con los síntomas de la fase activa; o 2) si los episodios de alteración anímica han aparecido durante los síntomas de la fase activa, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos activo y residual.</p> <p>E: Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedad médica: El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso, un medicamento) o de una enfermedad médica.</p> <p>F. Relación con un trastorno generalizado del desarrollo: Si hay historia de trastorno de angustia o de otro trastorno generalizado del desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las ideas delirantes o las alucinaciones también se mantienen durante al menos 1 mes (o menos si se han tratado con éxito).</p> <p>Clasificación del curso longitudinal:</p> <p>Episódico con síntomas residuales interepisódicos (los episodios están determinados por la reaparición de síntomas psicóticos destacados): especificar también si: con síntomas negativos acusados.</p> <p>Episódico sin síntomas residuales interepisódicos.</p> <p>Continuo: (existencia de claros síntomas psicóticos a lo largo del período de observación); especificar también si: con síntomas negativos acusados.</p> <p>Episodio único en remisión parcial; especificar también si: con síntomas negativos acusados.</p> <p>Episodio único en remisión total</p> <p>Otro patrón o no especificado</p> <p>Menos de 1 año desde el inicio de los primeros síntomas de fase activa.</p>

Fuente: American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson

1.3. Epidemiología

Existe una gran variabilidad en las tasas de incidencia y prevalencia de la esquizofrenia, probablemente debido a problemas metodológicos (Rodríguez Pulido, Hernández Sotomayor, Rodríguez García, & Tost Pardel, 2004). La epidemiología de la esquizofrenia representa un reto para epidemiólogos, clínicos e investigadores como consecuencia de su dimensión multifacética, la disparidad de criterios diagnósticos y la gran variedad de sintomatología. Tampoco hay que descartar que una parte de esa variabilidad dependa de la población utilizada para realizar el estudio (población rural o urbana, población comunitaria u hospitalaria).

Señalamos a continuación los principales datos disponibles en relación a la incidencia, prevalencia, edad de inicio y mortalidad.

Incidencia

La incidencia hace referencia a los casos nuevos de la enfermedad en la población en un período determinado, expresándose generalmente por 100.000 habitantes por año. En una revisión sistemática reciente de todos los estudios publicados entre los años 1965 al 2002 (McGrath et al., 2004; McGrath, Saha, Chant, & Welham, 2008), se obtiene una incidencia media estimada de esquizofrenia de 15,2 casos por 100.000 habitantes, oscilando de 7,7 a 43,0. Este estudio también mostró variaciones en la incidencia dependiendo de diversos factores, donde la urbanización, la migración, y el género masculino se encontraron asociados con un mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia.

Prevalencia

La prevalencia incluye tanto los casos nuevos como los antiguos, y depende de la incidencia y de la duración de la enfermedad, expresándose generalmente como el número de casos por 1.000 habitantes y año. La prevalencia de la esquizofrenia se ha establecido en un 1% de la población, aunque los distintos

estudios muestran cifras que varían de un 1,9 a 10,0 por 1000 habitantes, con una prevalencia media de 4,6 casos (McGrath et al., 2008; Saha, Chant, Welham, & McGrath, 2005). Al contrario que los datos encontrados en la incidencia, la prevalencia identificada es similar tanto en hombres como en mujeres y en zonas rurales y urbanas (Tabla 4). Por el contrario, la prevalencia es superior en la población inmigrante y en los países desarrollados, con unas cifras mucho más altas que en los países no desarrollados (Tandon, Keshavan, & Nasrallah, 2008). Esto puede ser debido, por un lado, a una infraestimación de los datos en los países menos desarrollados, y por otro lado, a una mayor mortalidad y a una diferente evolución de la enfermedad en estos países.

En un estudio realizado en nuestro medio (Tizon et al., 2007) la incidencia de esquizofrenia encontrada fue de 3,47 por 10.000 habitantes en la población general (intervalo de confianza del 95% de 2,3-4,6) y la prevalencia fue de 45,9 por 10.000 habitantes en la población general (intervalo de confianza del 95% de 41,8 - 50,1). En otro estudio realizado también en España, utilizando un modelo de enfermedad IPM (Incidencia-Prevalencia-Mortalidad), se estimó una prevalencia media de 3 por 1000 habitantes por año en los hombres y 2,86 por 1000 habitantes en las mujeres. Este modelo asume una relación entre incidencia y prevalencia, pero tiene en cuenta otros factores de riesgo de mortalidad (Ayuso-Mateos, Gutiérrez-Recacha, Haro, & Chisholm, 2006).

Edad de inicio

La edad de inicio es diferente en el hombre, entre los 15 y 25 años, que en la mujer, entre los 25 y 35 años (Centeno et al., 2006; Faraone, Chen, Goldstein, & Tsuang, 1994; Goldstein, 1988; Usall, 2003). El inicio antes de los 10 años o después de los 50 años es excepcional (Centeno et al., 2006; Faraone et al., 1994; Goldstein, 1988; Usall, 2003).

Mortalidad

La mortalidad global de los pacientes con esquizofrenia se ha demostrado que es superior que la de la población general. Los pacientes diagnosticados de esquizofrenia mueren entre 12-15 años antes que la población general, y se está observando que estas diferencias están aumentando en los últimos años (Saha, Chant, & McGrath, 2007). En la revisión de McGrath se muestra una Razón de Mortalidad Esperada (RME) superior en los pacientes con esquizofrenia para todas las causas de mortalidad, destacando el suicidio como la causa específica de mortalidad con mayor RME, unas 12 veces superior que la esperada para la población general. Cerca del 10% de estos pacientes se suicidan (McGrath et al., 2008). Las causas de este mayor riesgo de mortalidad en estos pacientes son diversas. Por un lado, estos pacientes tienen unos hábitos de vida menos saludables, están menos inclinados a cuidar su salud, a solicitar atención sanitaria y son menos cumplidores con sus tratamientos. Por otro lado, la esquizofrenia y sus comorbilidades asociadas pueden ser la expresión de un mismo factor genético o ambiental.

Tabla: 4

Influencia del sexo, migración, urbanización, recursos económicos y tendencia temporal en la incidencia, prevalencia y mortalidad de la esquizofrenia.

	Sexo	Recursos	Comunidad	Tendencia	Migración
Incidencia	Hombres > Mujeres	No diferencias	Comunidad Urbana > rural	Disminuye	Inmigrantes > nativos
Prevalencia	Hombres = Mujeres	Países desarrollados > países menos desarrollados	No diferencias	Estable	Inmigrantes > nativos
Mortalidad	Hombres = Mujeres	No diferencias	No datos	Aumenta	No datos

Fuente: Adaptación de McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30, 67-76.

1.4. Clínica y Clasificación

La esquizofrenia presenta distintas formas de inicio y diferentes formas clínicas. Predominan tres tipos de síntomas: los síntomas positivos (alucinaciones, delirios, ideas referenciales,..), los síntomas negativos (apatía, abulia, bloqueo del pensamiento,...) y los déficits cognitivos (problemas de atención, de memoria,..). Todo esto hace que el pronóstico sea grave con una gran incapacidad psicosocial.

Tradicionalmente se ha clasificado a la esquizofrenia en paranoide, catatónica, hebefrénica y simple. El DSM-IV describe en la actualidad 5 tipos de esquizofrenia:

1.4.1. Esquizofrenia Tipo paranoide: es la forma clínica que posee la presentación más tardía. Predominan los sentimientos de persecución, delirio de grandeza y alucinaciones auditivas.

1.4.2. Esquizofrenia Tipo desorganizado o hebefrénica: es la forma de inicio más precoz (en la pubertad) y de inicio insidioso. Predomina el discurso y el comportamiento desorganizado sin ningún propósito y una afectividad inapropiada o aplanada.

1.4.3. Esquizofrenia Tipo catatónico: es la forma clínica más infrecuente, con importantes alteraciones psicomotoras, como la flexibilidad cética, y puede llegar al estupor catatónico, conllevando a una incapacidad para autocuidarse.

1.4.4. Esquizofrenia Tipo indiferenciado: hay síntomas psicóticos pero no se cumplen criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.

1.4.5. Esquizofrenia Tipo residual: cuando ha habido un episodio de esquizofrenia pero en el cuadro clínico actual no es patente la existencia de síntomas psicóticos positivos.

1.5. Etiología (factores genéticos y ambientales)

El conocimiento de las causas de la esquizofrenia ha aumentado de forma importante en las últimas décadas. Actualmente se sabe, que tanto los factores genéticos como los ambientales son importantes, pero se desconocen exactamente cuales son estas exposiciones y cómo causan exactamente la esquizofrenia. Por otro lado, actualmente hay numerosos grupos de investigación que intentan determinar las señales de alarma y los factores de riesgo en la infancia que puedan informar de un mayor riesgo de sufrir un trastorno psicótico en la adolescencia y/o edad adulta, especialmente si tanto la persona como la familia o el entorno social, no recibe una contención o ayuda psicosocial y de salud mental (Tizón et al., 2008).

1.5.1. Factores de riesgo genéticos

Hay evidencia en diversos estudios de la heredabilidad de la esquizofrenia, estimada en un 80%. Se ha investigado en genética molecular, y se han tratado de identificar los genes que pueden aumentar el riesgo de desarrollar una esquizofrenia. Esta identificación no ha sido fácil y no se han encontrado unos locus cromosómicos “mayores”, ya que probablemente existen múltiples genes de susceptibilidad. Ningún gen parece ser suficiente o necesario para desarrollar la esquizofrenia, sino que cada gen actúa ligado a procesos epigenéticos y factores ambientales (Tandon et al., 2008; van Os & Kapur, 2009) (Tabla 5).

1.5.2. Factores ambientales de riesgo

Se han implicado en la etiología de la esquizofrenia diversas exposiciones ambientales específicas (Tabla 5). Se incluyen tanto factores de riesgo biológicos como psicológicos durante los períodos antenatal y perinatal, infancia precoz y tardía, adolescencia y edad adulta joven.

Tabla 5

Las estimaciones del riesgo relativo para la esquizofrenia, debido a diversos factores de riesgo genéticos y ambientales

Factor de riesgo	Riesgo Relativo promedio (aproximado) de esquizofrenia si el factor de riesgo está presente	Referencias
Antecedentes familiares de esquizofrenia	2-70	Gottesman et al. (1987); Kendler et al. (1993) ; Sullivan et al. (2003)
de gemelos monocigóticos	50-70	
ambos padres afectados	40-60	
doble dicigóticos o relación de 1er. grado	9-18	
relación de 2 ° grado (por ejemplo, abuelos)	3-6	
relación de 3er. grado (por ejemplo, primo)	2-3	
Cualquier variante específica del gen único	1.1-1.5	Allen et al. (2008)
Urbano	2-3	Pedersen and Mortensen (2001)
Migración	2-3	Cantor-Graae and Selten (2005)
Infección materna o desnutrición en el 1er. o 2º trimestre	2-3	Penner and Brown (2007)
Nacimiento en invierno	1.1	Davies et al. (2003)
Complicaciones obstétricas y perinatales	2-3	Geddes and Lawrie (1995); Geddes et al. (1999); Byrne et al. (2007)
Cannabis o el uso de estimulantes	2-3	Semple et al. (2005)
Edad paterna > 35 años de edad	1.5-3	Wohl and Gorwood (2007)
Sexo masculino	1.4	Aleman et al. (2003)

Fuente: Tandon, R., Keshavan, M. S., & Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia, "just the facts" what we know in 2008. 2. epidemiology and etiology. *Schizophrenia Research*, 102(1-3), 1-18.

De la evidencia científica que aportan estos estudios destaca que:

- Durante el periodo antenatal, las infecciones maternas y la malnutrición durante el primer y segundo trimestre del embarazo se han relacionado con un riesgo elevado de desarrollar esquizofrenia, destacando la gripe materna como la infección con mayor asociación.

- Estudios prospectivos han mostrado que algunos factores durante el período fetal (hipoxia, infección maternal, estrés y malnutrición maternal) pueden causar una pequeña proporción de la incidencia de la esquizofrenia.
- Aparte de los factores maternos prenatales y perinatales, que son los que han recibido una mayor atención, se ha estimado que la edad paterna superior a los 40 años en el momento de la concepción puede incrementar el doble el riesgo de desarrollar esquizofrenia.
- El nacimiento durante el invierno o principios de primavera, se ha asociado con un riesgo de 5-10% superior de desarrollar esquizofrenia.
- Aunque se han sugerido gran número de factores en la infancia que pueden suponer un mayor riesgo de esquizofrenia, existen dificultades metodológicas y discrepancias en diferentes estudios. Algunos estudios incluyen como factores de riesgo un trauma en la infancia, la separación o muerte de los padres, el vivir en zonas urbanas y la migración durante los años de la infancia.
- Durante la adolescencia, el consumo de cannabis se ha asociado a un mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia. Aunque su papel etiológico es probable, existen dudas de si lo que realmente produce es una precipitación de la enfermedad en individuos susceptibles, pero sin aumentar el riesgo de la misma.

1.6. Evolución y pronóstico

En las revisiones del seguimiento a largo plazo de estos pacientes se ha observado que cuanto más pronto se inicie el tratamiento mejor será el pronóstico.

La tendencia a las recaídas es el factor más importante del pronóstico de estos enfermos. Son indicadores de mal pronóstico el aislamiento social después del primer episodio, una larga duración del episodio anterior, el inicio insidioso, el pertenecer a una familiar de alta expresividad emocional, el sexo masculino y el presentar un bajo nivel del *insigh* (Schennach-Wolff et al., 2009).

1.7. Tratamiento

La esquizofrenia es un trastorno crónico, pero con buena respuesta al tratamiento. Existe un cierto consenso en el uso de fármacos antipsicóticos, que inciden especialmente sobre los síntomas positivos, complementándose con terapias cognitivas-conductuales (tales como psicoterapia individual, rehabilitación cognitiva, habilidades sociales,...). Por otro lado, también es importante la educación familiar, para ayudar a los cuidadores familiares a aprender estrategias de manejo de la enfermedad y para asegurar el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente. La rehabilitación psicosocial junto con la medicación antipsicótica es el método combinado más efectivo para evitar las recaídas y los ingresos hospitalarios, mejorando la situación social y laboral de estos pacientes (Dixon et al., 2010; Lehman et al., 2004).

1.8 Repercusión social e impacto en los cuidadores

Tal y como hemos indicado, la esquizofrenia es una enfermedad mental, generalmente crónica, y es la más incapacitante de los trastornos mentales graves. Es una enfermedad que se asocia a una elevada atención sanitaria y grandes cargas sociales y económicas, tanto para los pacientes y sus familias como para la sociedad en general (Haro et al., 1998; Soni, Mallik, Reed, & Gaskell, 1992; Wu et al., 2005). Incluso con tratamiento, sólo uno de cada cuatro pacientes con diagnóstico de esquizofrenia se recupera, y la mayoría presentan síntomas durante toda su vida. Esta sintomatología crónica conduce a episodios repetidos de hospitalización. Es por ello que el problema de las recurrencias y los reingresos hospitalarios de pacientes con esquizofrenia es

motivo de gran preocupación, tanto para la administración sanitaria como para la sociedad en general, debido a los costos económicos, sociales y de salud que generan (Barbato, 1998).

El cuidado de un familiar con una enfermedad mental grave conlleva una gran presión sobre la familia. Es lógico y comprensible que las familias se sientan abrumadas por sus sentimientos y la difícil situación a la que se enfrentan. En nuestro medio aproximadamente el 82% de los pacientes que viven en la comunidad residen con algún miembro de la familia de origen o con su pareja (Ochoa et al., 2003). Varios estudios han puesto de manifiesto un riesgo de trastornos mentales entre los miembros de la familia de los pacientes con esquizofrenia (Oldridge & Hughes, 1992; Salleh, 1990).

La política de desinstitucionalización de estos enfermos ha llevado a aumentar la tensión de los cuidadores, ya que muchos pacientes que antes eran hospitalizados, ahora son tratados en la comunidad. Aunque el tratamiento de estos individuos en la comunidad puede ser la situación ideal, esto supone un coste personal para sus cuidadores. Particularmente esto es importante cuando los pacientes presentan síntomas de aislamiento social, discapacidad funcional, falta de interés o iniciativa, y alucinaciones, entre otros. Por otro lado, además de los problemas que tienen en común con otros cuidadores de personas dependientes y enfermos crónicos, están los problemas añadidos de la culpa, el dolor emocional, y el estigma que causa la enfermedad. Las familias muestran claramente su descontento con la falta de recursos de la comunidad, la dificultad en tener acceso a los profesionales, y la falta de información y participación en el tratamiento (Castilla et al., 1998; Magliano et al., 2005; Schene, van Wijngaarden, & Koeter, 1998).

Varios estudios han demostrado que la carga familiar puede ser modificada de forma efectiva mediante intervenciones específicas dirigidas a las familias, tales como la educación psicológica, la terapia de grupo, y los grupos de autoayuda (Awad & Voruganti, 2008; Solomon, Draine, Mannion, & Meisel, 1998; Worakul, Thavichachart, & Lueboonthavatchai, 2007). Si las relaciones familiares

mejoran y disminuye la carga familiar, la resistencia de la familia aumentará y, en consecuencia disminuirá el número de ingresos hospitalarios y las visitas a los servicios de urgencias.

Teoría de enfermería de Dorothea Orem

2. Teoría de enfermería de Dorothea Orem

2.1 Teorías y modelos de enfermería

A principios del siglo XX, la enfermería no era ni una disciplina académica ni una profesión y adaptaba teorías de otras disciplinas como la medicina, la psicología y la sociología. A partir de mediados del siglo XX, se empezó a entender la necesidad de que, para que la enfermería defina sus actividades y desarrolle su investigación, debe tener su base propia y específica de conocimientos, que explique sus prácticas habituales y la diferencia de otras disciplinas (Hardy, 1978). Estos conocimientos pueden ser expresados con modelos y teorías conceptuales. Los modelos y teorías de enfermería proporcionan información sobre: las definiciones de la enfermería y de la práctica enfermera, los principios que forman la base para la práctica y los objetivos y funciones de la enfermería. Las teorías y los modelos de enfermería sirven de guía y explicación en cada momento de las actuaciones que un profesional puede hacer. El uso de una teoría comporta la utilización del método científico y por lo tanto la capacidad de analizar, sintetizar, reflexionar e interrelacionar para explicar los conceptos y valores que la configuran. Una teoría también se define (Weesley, 1997), como una serie de conceptos relacionados entre sí que proporcionan una perspectiva sistemática, predictiva y explicativa de los fenómenos. Puede empezar como una hipótesis, que puede llegar a ser una teoría cuando se verifique, mediante la investigación.

El valor profesional de la enfermera se incrementa utilizando este conocimiento teórico y, a medida que los profesionales de enfermería utilizan la teoría para guiar su práctica profesional, pueden disponer de una mayor autonomía profesional que les permita decidir qué acciones enfermeras son necesarias y poder dirigir los objetivos de la práctica con unas expectativas de resultado.

Los modelos y teorías de enfermería derivan de conceptos. Un concepto es una idea de un objeto o situación, que puede ser concreto o abstracto. Los modelos y teorías conceptuales en enfermería están basados en el

metaparadigma enfermero. Un metaparadigma es el marco conceptual o filosófico más global de una profesión, y el metaparadigma de la enfermería agrupa cuatro conceptos:

- **Persona:** se refiere al receptor de los cuidados enfermeros y puede contemplar a un individuo, familia o comunidad.
- **Entorno:** se refiere a todas las condiciones internas y externas que afectan a la persona.
- **Salud:** se refiere a la percepción que tiene cada persona del grado de bienestar o enfermedad.
- **Rol profesional de enfermería:** se refiere a las actividades que ejerce un profesional cuando ofrece sus servicios.

Según Fawcett, de los cuatro conceptos del metaparadigma en enfermería surgió el consenso general de que éste era el marco para proceder al desarrollo de la ciencia enfermera (Fawcett, 1984).

Existen varias teorías y modelos que pueden ser clasificados de acuerdo con la descripción, explicación y conexión de los cuatro conceptos del metaparadigma enfermero.

2.2 Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem.

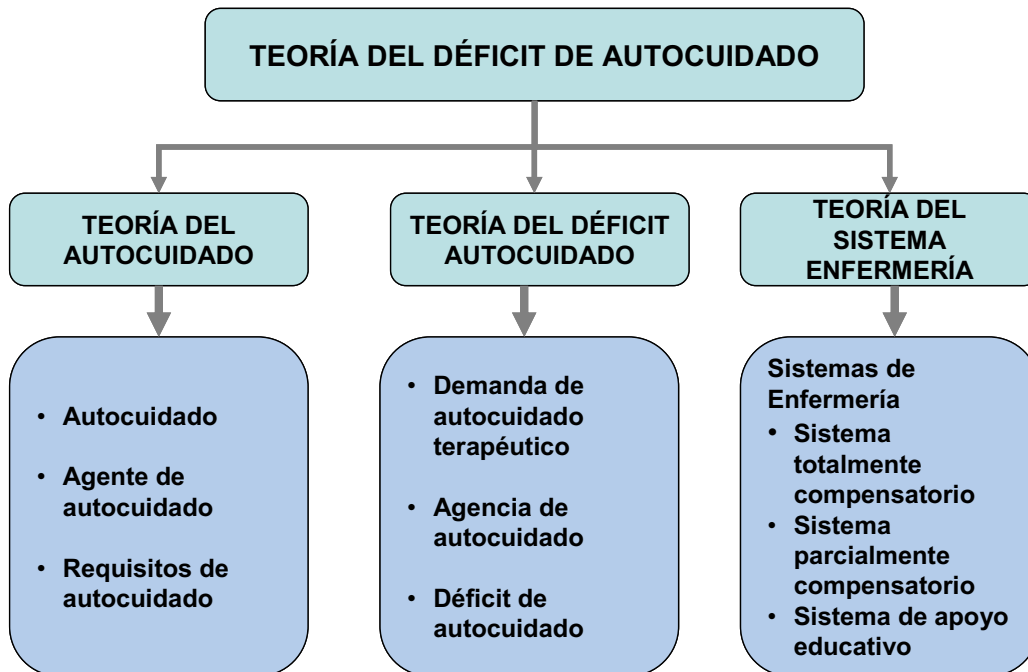
Dorothea Orem no reconoce haber recibido ninguna influencia importante para el desarrollo de su teoría, aunque sí que fue el conjunto de muchas teorías o bien muchos planteamientos conceptuales con los que ella había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.

Orem publicó por primera vez su concepto sobre la enfermería en 1959, realizando, posteriormente, diferentes revisiones que han perfeccionado e incrementado sus ideas que quedan reflejadas en su más reciente publicación (Orem, 2001). Actualmente Dorothea Orem trabaja con un grupo de expertos conocido como el *Orem Study Group* para continuar desarrollando su teoría, entre cuyos trabajos destaca por ejemplo la elaboración de la ciencia fundamental del autocuidado (Denyes, Orem, Bekel, & SozWiss, 2001). Su liderazgo en el desarrollo de la ciencia de enfermería y sus aportaciones dan una idea sobre el futuro de la enfermería y la atención sanitaria (Clarke, Allison, Berbiglia, & Taylor, 2009).

La teoría formulada por Dorothea Orem se denomina “Teoría General del Déficit de Autocuidado”. Es una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas (Sánchez Rueda, 1999) (Figura 1).

1. La Teoría del Autocuidado que describe el por qué y el cómo las personas se pueden cuidar de sí mismas.
2. La Teoría del Déficit de Autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a las personas.
3. La Teoría de los Sistemas de Enfermería que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

Figura 1
Representación Gráfica de la Teoría General del
Déficit de Autocuidado de D. Orem



Fuente: Sánchez Rueda, G. (1999). Dorothea E.Orem. Aproximación a su teoría. *Revista Rol De Enfermería*, 22(4), 309-311.

2.2.1 Teoría del Autocuidado

Dorothea Orem en su “Teoría General del Déficit de Autocuidado” define el Autocuidado como “las acciones personales que emprende y realiza cada individuo con el fin de mantener su vida, su salud y su bienestar; y responder de manera constante a sus necesidades en materia de salud” (Matteelli et al., 2000; Taylor, Renpenning, Geden, Neuman, & Hart, 2001; Taylor, 2007). Habitualmente los adultos cuidan de sí mismos de forma voluntaria, sin embargo los lactantes, niños y personas mayores precisan de cuidados completos o ayuda en la realización de las actividades de autocuidado (Orem, 1993). Según este modelo de cuidados, el objetivo de la Enfermería es ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

El autocuidado se debe aprender y desarrollar de manera deliberada y continua. El autocuidado no es innato, sino que se aprende a lo largo del crecimiento y desarrollo y de las relaciones interpersonales. Para Orem el autocuidado es una acción intencionada que se realiza de forma autónoma y controlada y que persigue un objetivo o fin que ha sido identificado antes de iniciar la acción.

Unido al concepto de autocuidado está el concepto de cuidado dependiente. Este cuidado dependiente es la práctica de actividades que las personas responsables y maduras y en proceso de maduración inician y ejecutan en beneficio de las personas socialmente dependientes, durante cierto tiempo o de forma continuada, para mantener la vida y contribuir a su salud y bienestar.

El autocuidado y el cuidado dependiente son conceptos iguales que solo se diferencian en que el primero consiste en actividades de la propia persona para sí misma y el segundo en actividades de una persona para otra.

Al conjunto de actividades de autocuidado y/o de cuidados dependientes se les denomina sistemas de autocuidado o de cuidado dependiente.

Existen tres tipos de autocuidados:

1. Los derivados de las necesidades fundamentales del ser humano: oxigenación, alimentación, hidratación, actividad y reposo, etc.
2. Los derivados de las necesidades específicas en determinados momentos del desarrollo vital: niñez, embarazo, vejez,...
3. Los derivados de las desviaciones del estado de salud: en caso de enfermedad que haga preciso realizar determinadas acciones para enfrentarse a ella o a sus consecuencias.

Los requisitos de autocuidado son expresiones de los tipos de autocuidado intencionados que el individuo requiere, y Orem presenta tres tipos de requisitos de autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universales
- Requisitos de desarrollo
- Requisitos de desviación de la salud

Requisitos de autocuidado universales

Los requisitos de autocuidado universales son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas del ciclo vital, de acuerdo a su edad, estado de desarrollo y factores ambientales entre otros. Están asociados a los procesos vitales, al mantenimiento de la estructura y del funcionamiento humano, y al bienestar general.

Orem en su teoría sugiere ocho requisitos de autocuidado universales:

- El mantenimiento de un aporte de aire suficiente.
- El mantenimiento de un aporte de agua suficiente.
- El mantenimiento de un aporte de alimentos suficientes.
- La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
- El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
- El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.
- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos.
- La promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.

La formulación de un requisito de autocuidado señala (Tabla 6):

- a) el factor que hay que controlar para mantener uno o varios aspectos del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los límites compatibles con la vida, la salud y el bienestar (aire, agua, alimentos,...) y ,
- b) la naturaleza de la acción requerida: mantenimiento, provisión, prevención y promoción del factor que hay que satisfacer para contribuir a la vida y el bienestar.

Tabla 6
Formulación de los requisitos de autocuidado

Factor	Naturaleza de acción
Aire	Mantenimiento
Agua	Mantenimiento
Alimentos	Mantenimiento
Procesos de eliminación	Provisión de cuidados
Actividad y reposo	Mantenimiento
Soledad e interacción humana	Mantenimiento
Peligros para la vida y el bienestar	Prevención
Grupos humanos	Promoción

La satisfacción de estos requisitos de autocuidado universales tiene una naturaleza de prevención primaria, porque trata del mantenimiento de la salud antes del inicio de la enfermedad.

Requisitos de autocuidado de desarrollo

Los requisitos de autocuidado de desarrollo están asociados solo con procesos de desarrollo humano y con las condiciones y eventos que ocurren durante diversos estadios del ciclo vital y también ciertos eventos que pueden afectar adversamente al desarrollo.

Se describen dos tipos:

- Provisión de los cuidados para crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo durante las etapas del ciclo vital (embarazo, nacimiento, neonatos, lactancia, infancia, adolescencia y edad adulta).
- Provisión de cuidados para prevenir o mitigar los efectos negativos de condiciones adversas: deprivación educacional, pérdidas de familiares o amigos, pérdidas del trabajo, enfermedad terminal,...

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud están asociados con defectos constitucionales y genéticos y desviaciones humanas estructurales y funcionales, con sus efectos y con las medidas de diagnósticos y tratamiento médico.

En su teoría Orem describe seis categorías:

- Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada.
- Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos.
- Llevar a cabo las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación.
- Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos del tratamiento.
- Modificar el autoconcepto y autoimagen para aceptarse a uno mismo en un estado de salud particular.

- Aprender a vivir con los efectos del estado patológico y del tratamiento con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal adecuado.

Para satisfacer estos requisitos de desviación de la salud se requieren conocimientos específicos y terminologías apropiadas. La persona puede llegar a ser competente, pero mientras no desarrolle la competencia necesaria necesitará de ayuda.

Los factores condicionantes básicos que afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido son, según Orem:

- Edad
- Sexo
- Estado de desarrollo
- Estado de salud
- Orientación sociocultural
- Factores del sistema de cuidado de salud
- Factores del sistema familiar
- Patrón de vida
- Factores ambientales
- Disponibilidad y adecuación de los recursos

2.2.2 Teoría del Déficit de Autocuidado

Para satisfacer los requisitos de autocuidado, la persona debe adquirir conocimientos, actitudes y capacidad para desarrollar acciones para el cuidado de la salud de forma deliberada. Esto constituye para D. Orem la agencia de autocuidado.

La Teoría del déficit de autocuidado es el núcleo central del planteamiento de Orem y establece que cuando la demanda para el autocuidado es mayor que la capacidad y/o los conocimientos de la persona, se produce una incapacitación

para el autocuidado continuo. En estas situaciones se necesita la intervención de enfermería.

El término de déficit de autocuidado se refiere a la relación existente entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos, en quienes las capacidades de autocuidado, debido a sus limitaciones, no son operativas para conocer y satisfacer todos o algunos de los componentes de sus demandas de autocuidado.

La Teoría del Déficit del Autocuidado resulta de poner en una balanza por un lado, la capacidad de la persona y por el otro lado la demanda, donde el resultado será el Déficit de Autocuidado (Cavanagh, 1993).

La agencia de autocuidado es la habilidad adquirida por la persona madura o en proceso de maduración, de conocer y satisfacer sus requerimientos continuos mediante acciones deliberadas. La agencia de autocuidado se estructura en tres tipos de características personales que dan a un individuo la capacidad de desarrollar acciones de autocuidado:

- Las primeras son las características fundamentales, que consisten en habilidades básicas personales con respecto a la sensación, percepción, memoria y orientación y están relacionadas con la habilidad de la persona para poder desarrollar un tipo de acción deliberada.
- Las segundas son las características que permiten o facultan y que están relacionadas específicamente con las habilidades del individuo en participar en el autocuidado. Hay 10 facultades o componentes de capacitación que incluyen un repertorio de habilidades de autocuidado, valoración de la salud, energía para el autocuidado y el conocimiento del autocuidado (Tabla 7).

- Y las terceras son las características operacionales u operaciones de autocuidado, que están relacionadas con las capacidades de un individuo a desarrollar las acciones de autocuidado.

Tabla 7
Componentes de las facultades de la agencia de autocuidado

Componentes
1. Habilidad para mantener la atención y ejercitar el requisito de vigilancia con respecto a uno mismo como agente de autocuidado, y sobre las condiciones y factores internos y externos significativos para el autocuidado.
2. Uso controlado de la energía física disponible y suficiente para el inicio y continuación de las operaciones de autocuidado.
3. Habilidad para controlar la posición del cuerpo y sus partes en la ejecución de los movimientos requeridos para el inicio y finalización de las operaciones de autocuidado.
4. Habilidad para razonar dentro del marco de autocuidado de referencia.
5. Motivación (es decir, orientación del autocuidado hacia unos objetivos que estén de acuerdo con sus características y su significado para la vida, salud y bienestar).
6. Habilidad para tomar decisiones sobre el cuidado de uno mismo y para hacer operativas estas decisiones.
7. Habilidad para adquirir conocimiento técnico sobre el autocuidado de fuentes autorizadas, recordarlo y hacerlo operativo.
8. Posesión de un repertorio de habilidades cognitivas, perceptivas, manipulativas, de comunicación e interpersonales, adaptadas al desempeño de las acciones de autocuidado.
9. Habilidad para ordenar acciones de autocuidado o sistemas de acciones apropiadas en relación con las acciones previas y posteriores, para el logro final de los objetivos reguladores del autocuidado.
10. Habilidad para realizar operaciones efectivas de autocuidado, integrándolas en los aspectos relevantes de la vida persona, familiar y de la comunidad.

Fuente: Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. España: Masson-Salvat Enfermería.

La agencia de autocuidado la puede llevar a cabo tanto el agente de cuidado dependiente como el agente de autocuidado.

El agente de autocuidado es uno mismo, porque cada individuo lleva a cabo los cuidados elementales, como bañarse, vestirse, comer, entre otros. El agente de autocuidado dependiente es una persona madura que conoce y cubre las demandas de autocuidado de personas socialmente dependientes de ellas, por ejemplo un hijo es dependiente de sus padres.

La demanda de autocuidado terapéutico se refiere a la totalidad de medidas de cuidados necesarios en momentos específicos, o durante un período de tiempo para cubrir todos los requisitos de autocuidado de una persona, caracterizados por las condiciones y circunstancias existentes. Esta demanda varía a lo largo de la vida influida por los cambios en los factores básicos condicionantes, entre los que se encuentra el estado de salud.

Los déficits de autocuidado pueden ser completos o parciales dependiendo del tipo de limitaciones que se tengan y pueden referirse a uno o varios requisitos de autocuidado.

Para identificar el déficit de autocuidado se requiere un proceso diagnóstico por parte de la enfermera para determinar: la demanda del autocuidado terapéutico, la limitación en la agencia de autocuidado para cubrir la demanda, la naturaleza del déficit de autocuidado, la ayuda que requiere la agencia de autocuidado, las capacidades de la persona que deben protegerse y el potencial y el deseo de la persona para la realización de sus autocuidados, para aumentar sus conocimientos y para aprender las técnicas que requieren de sus autocuidados.

El déficit de autocuidado determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera mediante el diseño del sistema de enfermería adecuado.

2.2.3 Teoría de los Sistemas de Enfermería

Desarrollar y diseñar planes de cuidados es el paso siguiente al proceso diagnóstico por parte de la enfermera, determinando el mejor método de ayuda. Los métodos de ayuda pueden estar orientados en hacerlo todo por el paciente, ayudarlo a cubrir las necesidades o haciendo de guía, de educadora o de soporte. En esta teoría se explica como las enfermeras pueden atender a los individuos, identificando los tres tipos de sistemas de enfermería (Figura 2):

1. Sistema de enfermería totalmente compensatorio: la enfermera debe compensar la incapacidad total de un paciente para desempeñar acciones de autocuidado.
2. Sistema de enfermería parcialmente compensatorio: tanto la enfermera como el paciente colaboran activamente ejecutando algunas medidas de autocuidado para el paciente, participando con la agencia de autocuidado y aceptando los cuidados y la asistencia de la enfermera.
3. Sistema de enfermería de apoyo educativo: el paciente realiza el autocuidado y regula el ejercicio y desarrollo de la agencia de autocuidado. La enfermera participa en la regulación del ejercicio y desarrollo de la agencia de autocuidado.

Otra parte esencial del diseño del plan de cuidados es el establecimiento de prioridades, enumerando todos los déficits de autocuidado y fijando un orden para ellos de más a menos importante. Por último se debe determinar el papel del paciente y el rol de la enfermera como agente de cuidado dependiente (Rielh-Sisca, 1992).

Figura 2
Sistemas de enfermería según la Teoría de Enfermería de D. Orem



Adaptado de Orem, D.E [2001]. Nursing: Concepts of practice [6.ª ed., p. 351]. St. Louis: Mosby.

2.2.4 La Teoría de Dorothea Orem y los conceptos del metaparadigma enfermero

Persona

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno; condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además, considera que el hombre es un todo complejo y unificado, objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona

con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, y con capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y sobre hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado. (Taylor, 2007; Weesley, 1997).

Entorno

El entorno representa todos los factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad para ejercerlos (Orem, 1993). Puede afectar de manera positiva o negativa la capacidad del individuo para promover su autocuidado (Weesley, 1997).

Salud

Es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

El hombre trata de conseguir la salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo (Taylor, 2007). Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

Enfermería

Enfermería es la profesión encargada de proporcionar a las personas, a los grupos o a ambos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Se necesita de ella cuando la demanda de autocuidado terapéutico requerida para satisfacer los requisitos de autocuidado supera a la agencia de autocuidado (Weesley, 1997).

Evaluación del Autocuidado

3. Evaluación del autocuidado

3.1 Escalas que evalúan el autocuidado según la Teoría de Dorothea Orem

Se han desarrollado y revisado un gran número de instrumentos para medir los elementos conceptuales de la Teoría de D. Orem (Tabla 8).

Carter, en 1998, realizó una descripción de instrumentos de medición de autocuidados centrados en el concepto de la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado de D. Orem (Carter, 1998). Por otro lado Moore en el año 2000 realizó una revisión de la bibliografía desde el año 1985 a 1997 con el objetivo de identificar las definiciones operacionales, las estrategias de medición y los resultados de investigaciones basadas en la teoría sobre el déficit de autocuidados de Orem (Moore & Pichler, 2000). Carmen Muñoz en el año 2005 realizó una revisión bibliográfica de los diferentes instrumentos diseñados para medir los autocuidados desde el año 1994 al 2003. Identificó 27 instrumentos basados la mayor parte, en la teoría social cognitiva de Bandura (Bandura, 1977) y en la teoría de enfermería sobre el déficit de autocuidado de D. Orem, y en menor número sobre la teoría del estrés y el afrontamiento de Lazarus y Folkman (Muñoz Mendoza, Cabrero García, Richart Martínez, Orts Cortés, & Cabañero Martínez, 2005). Sus resultados concluyeron que la gran mayoría de estudios se construían desde una dimensión teórica y que presentaban poca claridad en sus diferentes dimensiones, con unas normas de aplicabilidad prácticamente inexistentes y unas propiedades psicométricas insuficientes para recomendar su utilización.

El primer instrumento desarrollado basado en la agencia de autocuidado fue realizado por Kearny y Fleischer en 1979 (Kearney & Fleischer, 1979). Posteriormente en 1980 Denyes desarrolló dos instrumentos uno para medir la agencia de autocuidado y otro para medir la práctica de autocuidado (Denyes, 1988). En 1985 Hanson y Beckel (McBride, 1991) elaboraron un instrumento para medir la percepción de la actividad del autocuidado. Evers y sus colegas desarrollaron en 1986 una escala que combina el poder de los componentes de

autocuidado con la capacidad para desarrollar las operaciones de autocuidado (Evers, Isenberg, Philipsen, Senten, & Brouns, 1993b).

En 1991 Geden y Taylor diseñaron un cuestionario que permite que las personas expresen su percepción de la capacidad para cuidar de si mismas (E. Geden & Taylor, 1991). Por último en 1997 Wes e Isenberg desarrollaron una adaptación de la escala anterior para valorar el autocuidado en salud mental (West & Isenberg, 1997).

Describimos a continuación estos cuestionarios citados anteriormente:

3.1.1 *The exercise of Self-Care Agency (ESCA)*, (Kearney y Fleischer 1979)

Es un cuestionario que consta de 43 ítems tipo Likert y que evalúa cuatro dimensiones: la autoestima, la respuesta activa hacia respuestas pasivas a situaciones, los conocimientos y la motivación. Se ha utilizado para medir la agencia de autocuidado en varias poblaciones y ha demostrado ser fiable. Se ha usado para valorar las capacidades de autocuidado relacionadas con la salud de las mujeres embarazadas y de sus hijos (Mapanga & Andrews, 1995), en adultos ancianos para valorar la capacidad del autocuidado en actividades de promoción de la salud (Callaghan, 2005) y ha sido traducida a otros idiomas (Nahcivan, 2004; Robichaud-Ekstrand & Loiselle, 1998; Yamashita, 1998) .

3.1.2 *The Denyes Self-Care Agency Instrument (DSCAI)* (Denyes 1980)

Denyes se basó en los primeros trabajos de D. Orem para desarrollar esta escala de 35 ítems de tipo Likert y que se ha usado para medir la agencia de autocuidado en los adolescentes y, ha demostrado ser fiable en diversas muestras de poblaciones de adolescentes (Moore, 1995). Valora seis dimensiones: la capacidad para tomar decisiones, la valoración relativa de la salud, los conocimientos, los niveles de energía física, los sentimientos y la atención a la salud. Más recientemente Canty-Mitchell ha utilizado esta escala para valorar la esperanza como una estrategia de supervivencia en

adolescentes que viven en la ciudad y que han sufrido cambios vitales (Canty-Mitchell, 2001).

3.1.3 *The Denyes Self-Care Practice Instrument (DSCPI)* (Denyes 1980)

Esta escala fue diseñada para diferenciar claramente la agencia de autocuidado de las conductas de autocuidado. Este instrumento mide las prácticas de autocuidado. Esta escala en ocasiones se utiliza como una escala adicional de la escala DSCAI. Mediante la combinación de estos dos instrumentos el investigador es capaz de medir de una forma más completa la agencia de autocuidado, ya que combina las capacidades o actitudes para llevar determinadas acciones mediante el DSCAI, con las actividades concretas realizadas con el individuo para mantener la salud. McCaleb y Edgil han utilizado esta escala para medir las prácticas de autoconcepto y autocuidado de adolescentes sanos (McCaleb & Edgil, 1994). Esta escala también se ha utilizado recientemente con éxito en muestras de adultos (Andrews, Richard, & Aroian, 2009).

3.1.4 *The Perception of Self-Care Agency Questionnaire (PSCA)* (Hanson & Beckel 1985)

Este cuestionario fue diseñado para medir los 10 componentes de las facultades de la agencia de autocuidado. Es un cuestionario de 53 ítems valorados en una escala tipo Likert. Valora cinco dimensiones: la motivación, las capacidades cognitivas para tomar decisiones, las limitaciones cognitivas, la capacidad de movimiento y el repertorio de habilidades. Weaver en 1987 realizó un análisis factorial de este cuestionario en una muestra de adultos no hospitalizados donde no se pudo confirmar los cinco factores identificados por Hanson & Beckel (Weaver, 1987).

Cleveland, en 1989, utilizó esta escala en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y concluyó que este cuestionario puede ser inestable (Cleveland, 1989).

McBride realizó en 1991 un análisis comparativo de tres de los instrumentos diseñados para las actividades de autocuidado (DSCAI, ESCA, PSCA). Los resultados consensuaron la multidimensionalidad del concepto de agencia de autocuidado de D. Orem. McBride señaló que estos instrumentos tienen cuatro elementos comunes: un componente de conocimiento, la atención a la salud, el autocuidado y las habilidades. Como componente único, en el instrumento del DSCAI estaba la atención a los sentimientos, en el ESCA la atención a la motivación y en el PSCA la inclusión de componentes relacionados con la toma de decisiones. McBride no señala si uno es mejor que otro pero concluye que el uso de un sólo instrumento no refleja adecuadamente la multidimensionalidad del constructo de la Agencia de Autocuidado, que incluye las capacidades y disposiciones, los componentes de las facultades y las acciones de autocuidado (McBride, 1991).

3.1.5 *The Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA) (Evers 1986)*

Se desarrolló para medir el poder del individuo para realizar las operaciones que son esenciales para el autocuidado. Es una escala que consta de 24 ítems (15 positivos y 9 negativos). Existen dos formas de este instrumento: una es una autovaloración y la otra es una valoración realizada por otra persona (enfermera). Esta escala es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar: la calidad de vida en adultos diagnosticados de enfermedad inflamatoria de colon (Smolen & Topp, 2001), el impacto de intervenciones educativas en la calidad de vida en pacientes con fallo cardíaco (Jaarsma et al., 2000) y el autocuidado en pacientes ancianos (Ward-Griffin & Bramwell, 1990).

Esta escala también ha sido traducida a diversos idiomas: tales como alemán, chino, noruego, sueco y castellano (Evers, Isenberg, Philipsen, Senten, &

Brouns, 1993; Fok, Alexander, Wong, & McFayden, 2002; Lorensen, Holter, Evers, Isenberg, & van Achterberg, 1993; Rivera Álvarez, 2006; Soderhamn, Evers, & Hamrin, 1996; van Achterberg et al., 1991).

Carter, en 1998, revisó cinco de los instrumentos que evaluaban aspectos de la agencia de autocuidado (ESCA, DSCAI, PSCA, ASA y el DSCPI) y también llegó a la conclusión de que estos instrumentos medían alguno de los tipos que componen la estructura de la agencia de autocuidado, pero fallaban en medir los tres tipos (Carter, 1998). Las capacidades no se evalúan en ninguno de los cinco instrumentos revisados y, según Carter esto puede ser debido a que existan otras herramientas ya validadas para evaluar el estado funcional o el estado mental de los individuos. Según ella, puede ser necesario elegir más de un instrumento para obtener una representación completa de la agencia de autocuidado en la población de estudio.

3.1.6 *Dependent Care Agent Questionnaire (DCA)* (Moore JB, Gaffney KF, 1989)

Este cuestionario es una escala tipo likert de 39 ítems desarrollada para medir las actividades de autocuidado de los cuidadores hacia los niños y que incluye los requisitos de autocuidado y la responsabilidad social e interacción social (Gaffney & Moore, 1996; Moore & Gaffney, 1989).

3.1.7 *Self-As-Carer Inventory (SCI)* (Geden y Taylor, 1991)

Es una escala que permite que las personas expresen su percepción de la capacidad para cuidar de sí mismas. Consta de 40 ítems en una escala tipo Likert y valora cuatro dimensiones: el conocimiento de sí mismo, el juicio y decisiones que afectan la producción del autocuidado, la conciencia de sí mismo y las habilidades físicas y la satisfacción con las actividades del autocuidado. Este cuestionario se ha utilizado para describir sistemas de atención en adultos (Geden & Taylor, 1999) y la discapacidad en pacientes con artritis reumatoide (Tokem, Akyol, & Argon, 2007).

3.1.8 *The Mental Health – Related Self-Care Agency Scale (MH-SCA)* (West e Isenberg 1997)

Es un cuestionario de 35 ítems que evalúa las capacidad de autocuidado relacionada con la salud mental y los siguientes componentes funcionales: la capacidad para mantener la atención y la vigilancia del ejercicio con respecto a uno mismo, el uso controlado de la energía disponible, la motivación, la capacidad para tomar decisiones sobre el cuidado de sí mismo, la capacidad para adquirir conocimientos técnicos, el repertorio de habilidades cognitivas y perceptivas y la capacidad para ordenar distintas acciones de autocuidado (West & Isenberg, 1997).

3.1.9 Cuestionario basado en la Teoría de Orem de Clark (1998)

En 1998, Clark desarrolló un cuestionario basado en la Teoría de D. Orem para evaluar el autocuidado en ancianos sanos. Este cuestionario constaba de preguntas abiertas sobre nutrición, descanso, sueño, forma física, actividad, manejo del estrés, apoyo social, seguridad ambiental, calidad de vida y permanecer activo e independiente (Clark, 1998).

Tabla 8
Descripción de las escalas de Autocuidado basadas en la Teoría de D. Orem

Instrumento	Autor/es	Dimensiones	Tipo de escala
<i>The exercise of Self-Care Agency (ESCA)</i>	Kearney y Fleischer 1979	<ul style="list-style-type: none"> - Autoestima - Respuesta activa hacia respuestas pasivas a situaciones. - Conocimientos - Motivación 	Likert
<i>The Denyes Self-Care Agency Instrument (DSCAI)</i>	Denyes 1980	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad para tomar decisiones - Valoración relativa de la salud - Conocimientos - Niveles de energía física - Sentimientos - Atención a la salud 	Likert
<i>The Denyes Self-Care Practice Instrument (DSCPI)</i>	Denyes 1980	<ul style="list-style-type: none"> - Nutrición y salud - Descanso e interacción social 	0 a 100
<i>The Perception of Self-Care Agency Questionnaire (PSCA)</i>	Hanson & Beckel 1985	<ul style="list-style-type: none"> - Motivación - Capacidades cognitivas para tomar decisiones - Limitaciones cognitivas - Capacidad de movimiento - Repertorio de habilidades 	Likert
<i>The Appraisal of Self-Care Agency Scale (ASA)</i>	Evers 1986	<ul style="list-style-type: none"> - Combina el poder de los componentes de autocuidado con la capacidad para desempeñar productivamente operaciones de autocuidado 	Likert
<i>Dependent Care Agent Questionnaire (DCA)</i>	Moore JB, Gaffney KF, 1989	<ul style="list-style-type: none"> - Requisitos de autocuidado - Responsabilidad social - Interacción social 	Likert
<i>Self-As-Carer Inventory (SCI)</i>	Geden y Taylor, 1991	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de sí mismo - El juicio y decisiones que afectan la producción del autocuidado - Conciencia de sí mismo - Las habilidades físicas y satisfacción con las actividades del autocuidado 	Likert
<i>The Mental Health – Related Self-Care Agency Scale (MH-SCA)</i>	West e Isenberg 1997	<ul style="list-style-type: none"> - La capacidad para mantener la atención, la vigilancia del ejercicio con respecto a uno mismo, uso controlado de la energía disponible, motivación, capacidad para tomar decisiones sobre el cuidado de sí mismo, capacidad para adquirir conocimientos técnicos, repertorio de habilidades cognitivas y perceptivas, capacidad para ordenar distintas acciones de autocuidado 	Likert
Cuestionario basado en la Teoría de Orem de Clark	Clark 1998	<ul style="list-style-type: none"> - Nutrición, descanso, sueño, forma física, actividad, manejo del estrés, apoyo social, seguridad ambiental, calidad de vida y permanecer activo e independiente 	Preguntas abiertas

3.2 Escalas que se usan para valorar el autocuidado en pacientes psiquiátricos.

De todos los componentes de poder de la agencia de autocuidado de la Teoría de D. Orem, tres están directamente relacionados con los trastornos psiquiátricos. Estos componentes son: la habilidad para controlar la energía física y los movimientos del cuerpo en las actividades de la vida diaria; la habilidad para prestar atención y tomar decisiones respecto a las medidas terapéuticas para mantener la salud; y la habilidad para adquirir el conocimiento necesario para controlar los síntomas relacionados con el estado de ánimo, afecto, juicio, *insight*, memoria y cognición.

Existen pocos estudios en enfermería que han evaluado la importancia de la agencia del autocuidado en pacientes psiquiátricos, principalmente con esquizofrenia. Estos estudios se han basado en dos áreas de autocuidado: la capacidad que tiene el paciente para el cumplimiento o adherencia de la medicación prescrita y, el manejo de los síntomas por el propio paciente (Cutler, 2003).

La idea es que la no adherencia con la medicación puede reflejar una dificultad en la agencia de autocuidado. En este sentido se han realizado muchos estudios que analizan las causas de la no adherencia con la medicación en estos pacientes, aunque formalmente no evalúan la agencia de autocuidado (Droulout, Liraud, & Verdoux, 2003; Kao & Liu, 2010). Por otro lado, otros estudios inciden en que el reconocimiento de los síntomas o indicadores por parte de los pacientes, puede favorecer las acciones de autocuidado para regular estos síntomas, mejorar el nivel funcional y prevenir las recaídas (Baker, 1995; Hamera, Peterson, Handley, Plumlee, & Frank-Ragan, 1991; Kennedy, Schepp, & O'Connor, 2000). En otro estudio se han analizado las acciones de autocuidado asociadas a los requisitos de soledad e interacción social en pacientes hospitalizados (Harris, 1990).

Las escalas que se han revisado y que evalúan la agencia de autocuidado en pacientes psiquiátricos también son escasas. Algunos estudios han utilizado escalas basadas en la teoría del autocuidado de Orem no diseñadas específicamente para pacientes psiquiátricos, como el *Denyes Self Care Practices Instrument* (DSCPI) (Holmberg & Kane, 1999), o el *Perception Self-Care Agency* (PSCA) en pacientes con depresión (Cutler, 2001). Sin embargo, en este último estudio no se encontró que la escala PSCA fuera sensible para predecir que una mejoría de las conductas de autocuidado reflejara una mayor adherencia a la medicación o un mayor manejo de la sintomatología. Según estos autores, estas escalas pueden ser usadas de forma más efectiva en pacientes con enfermedades físicas para evaluar la agencia de autocuidado.

La escala **MH-SCA** (*The Mental Health – Related Self-Care Agency Scale*) (West & Isenberg, 1997), ya descrita anteriormente (página 50), es más específica para enfermos con trastornos mentales, y está basada en la teoría de Orem, pero fué desarrollada para evaluar la agencia de autocuidado en pacientes con depresión.

La **PPCBS** (*Psiquiatric Patient's Caregiver Burden Scale*) (Pipatananond & Hanucharunkul, 2003) está basada en la Teoría de Orem y mide la carga de los cuidadores de pacientes psiquiátricos, consistente con el concepto de demanda del cuidado dependiente. Esta escala tipo Likert, evalúa por separado la carga objetiva (cantidad de las demandas) y la carga subjetiva (dificultades para realizar esas demandas). La puntuación varía de 18 a 90, donde altas puntuaciones indican altos niveles de carga del cuidador.

Se han encontrado otras escalas que permiten evaluar parte del autocuidado de los pacientes con esquizofrenia u otros trastornos mentales, pero ninguna de ellas está basada en la Teoría de D. Orem.

La escala más utilizada en nuestro medio para evaluar el perfil de las habilidades sociales es la escala **LSP** (*Life Skills Profile*) adaptada al castellano (Bulbena Vilarrasa, Larrinoa, & Dominguez Panchon, 1992). Esta

escala fue elaborada por Rosen et al. con la finalidad de valorar la funcionalidad general en las actividades de la vida cotidiana en pacientes psiquiátricos crónicos (Rosen, Hadzi-Pavlovic, & Parker, 1989). Los autores agrupaban los ítems en 5 subescalas: *communication* (comunicación), *social contact* (contacto social), *non turbulence* (conducta no agitada), *self-care* (autocuidado) y *responsability* (responsabilidad). Aunque inicialmente estaba construida para personas con esquizofrenia, después se amplió su aplicabilidad a otros pacientes con enfermedades mentales crónicas e incluso a algunos trastornos orgánicos. En 1992 se realizó la adaptación y validación del cuestionario al castellano (Bulbena Vilarrasa et al., 1992; Larrinoa, Bulbena Vilarrasa, & Dominguez Panchon, 1992), proponiendo nuevas subescalas distintas ligeramente de las originales:

1. Autocuidado (conductas de autocuidado propiamente dichas).
2. Comportamiento social interpersonal (conductas conflictivas o no en el ámbito interpersonal).
3. Comunicación - contacto social (nivel de participación y relación social del sujeto con su entorno).
4. Comportamiento social no personal (conductas personales realizadas sin existir relación con otras personas).
5. Autonomía (conductas que implican un cierto nivel de autonomía).

También existe la escala **DCSES “Depression Coping Self-Efficacy Scale”** (Perraud, 2000) que evalúa la autoeficacia para desarrollar estrategias de afrontamiento en pacientes con depresión, y está basada en la teoría de Bandura (Bandura, 1977). Es una escala con 56 ítems, donde cada uno de ellos se puntúa de 0 (no del todo cierto) a 100 (totalmente cierto).

Otra escala que puede valorar la agencia de autocuidado en pacientes con esquizofrenia es la **PSP “Personal and Social Performance Scale”** (Morosini, Magliano, Brambilla, Ugolini, & Pioli, 2000). Esta escala evalúa el funcionamiento social y fué desarrollada como una mejora de la escala GAF (*Global Assessment of Functioning*) y del SOFAS (*Social and Occupational*

Functioning Assessment Scale). El GAF (Endicott, Spitzer, Fleiss, & Cohen, 1976) fue la primera escala que medía la actividad social. Esta escala evalúa la severidad de la esquizofrenia e incluye tanto síntomas psiquiátricos como la actividad social y laboral del individuo. El GAF produce una única puntuación, de manera que la presencia de sintomatología psiquiátrica puede confundir la actividad social y laboral. El SOFAS (Goldman, Skodol, & Lave, 1992) deriva del GAF y no tiene la limitación de la dependencia de la gravedad de la sintomatología, ya que sólo evalúa la actividad social y laboral.

En una revisión reciente de escalas que evalúan la función social, se propuso la escala PSP como el mejor instrumento para ser utilizado en investigación ya que incluye indicadores objetivos que tienen en cuenta las principales limitaciones en la valoración de la función social (Burns & Patrick, 2007) (Tabla 9). El PSP es un instrumento que va de 0 a 100 donde una puntuación de 1 a 10 representa una falta de autonomía en el funcionamiento básico y una puntuación de 91 a 100 refleja un excelente funcionamiento. Las puntuaciones se basan en cuatro indicadores objetivos: las actividades sociales, incluyendo el trabajo y el estudio, las relaciones sociales y personales, el autocuidado, y los comportamientos perturbadores y agresivos.

Esta escala se ha validado tanto en pacientes con esquizofrenia en fase aguda (Patrick et al., 2009) como en pacientes en fase crónica o estable (Nasrallah, Morosini, & Gagnon, 2008) y en pacientes que siguen tratamiento en la comunidad (Kawata & Revicki, 2008). También ha sido traducida y validada a varios idiomas (Apiquian et al., 2009; Juckel et al., 2008; Kao & Liu, 2010).

De todas las escalas descritas que se utilizan para evaluar el funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia y revisadas por Burns en el año 2007, existen siete que incluyen el autocuidado como una dimensión más de la escala (Burns & Patrick, 2007). Estas escalas son la *Life Skills Profile* (LSP) (Parker, Rosen, Emdur, & Hadzi-Pavlov, 1991), la *Disability Assessment Scale* (DAS II) (World Health Organization, 1985), la *Social Behaviour Schedule* (SBS) (Wykes & Sturt, 1986), la *Role Functioning Scale* (RFS) (Goodman,

Sewell, Cooley, & Leavitt, 1993), la *Groningen Social Disability Schedule* (GSDS) (Wiersma, DeJong, & Ormel, 1988), la *Scale for Social Adaptive Functioning Evaluation* (SAFE) (Harvey et al., 1997) y la *Personal and Social Performance Scale* (PSP) (Morosini et al., 2000).

Pero de todas estas escalas solamente hay dos (la LSP y la PSP) que han sido diseñadas específicamente para ser utilizadas en pacientes con esquizofrenia y solamente la LSP ha sido traducida y validada al castellano.

En resumen, podemos concluir que la mayoría de las escalas desarrolladas y utilizadas en pacientes psiquiátricos, y concretamente en pacientes con esquizofrenia, o bien no abarcan todas las dimensiones del autocuidado, y/o evalúan dentro de la misma escala otras dimensiones no relacionados con el autocuidado. Sólo una de ellas está basada en la teoría de Orem (MH-SCA), aunque se ha utilizado básicamente en pacientes con depresión y no presenta propiedades psicométricas robustas.

Tabla 9
Características de las escalas más utilizadas para evaluar el funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia

Escala	Utilización	Dimensiones / ítems	
Global Assessment of Functioning (GAF) Scale <i>Hall</i>	Psiquiatría general	3 dimensiones: - Síntomas psicológicos - Funcionamiento social - Funcionamiento ocupacional	
Global Assessment Scale (GAS) <i>Endicott et al.</i>	Psiquiatría en general	- Deterioro de las funciones diarias - Prueba realidad	- Potenciales para el suicidio / violencia
Social Functioning Scale (SFS) <i>Birchwood et al.</i>	Pacientes con esquizofrenia no hospitalizados	7 dimensiones: 79 ítems. - Participación social / aislamiento - La comunicación interpersonal - Actividades pro-sociales - Recreación - Independencia / competencia - Independencia / rendimiento - Empleo y ocupación	
Life Skills Profile (LSP) <i>Parker et al.</i>	Adultos con Esquizofrenia	5 dimensiones: 39 ítems - Autocuidado - Comportamiento social interpersonal - Autonomía - Comportamiento social no personal - Comunicación	
World Health Organization Disability Assessment Scale (DAS) II <i>World Health Organization</i>	Población psiquiátrica general	6 dimensiones: 12 o 36 ítems - La comprensión - La comunicación - Cómo moverse - Autocuidado - Llevarse bien con los demás - Hogar y la actividad laboral	
Strauss-Carpenter Level of Functioning Scale (SC-LOF) <i>Strauss & Carpenter</i>	No se indica	4 dimensiones: 9 ítems - Sintomatología - Trabajo - Relaciones sociales - Función	
Social Adjustment Scale-II (SAS-II) and Self-Report Version <i>Paykel</i>	Depresión y esquizofrenia	8 dimensiones: 52 ítems - Trabajo - Relación doméstica - Papel de los padres - Relación con la familia externa - Actividades sociales y de ocio - La actividad sexual - Implicación romántica - Bienestar personal	
Social Behaviour Schedule (SBS) <i>Wykes & Sturt</i>	Pacientes psiquiátricos adultos	6 dimensiones: 21 ítems - Ocupación - Problemas de comportamiento - Cuidado personal - Actividades de ocio - Rendimiento y expectativas - Habilidades de comunicación	
Role Functioning Scale (RFS) <i>Goodman et al.</i>	Pacientes psiquiátricos	4 dimensiones - Trabajo - Autonomía / autocuidado - Relaciones sociales inmediatas - Relaciones sociales ampliadas	

Fuente: Adaptado de Burns, T., & Patrick, D. (2007). Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(6), 403-418.

Tabla 9 (continuación)
Características de las escalas más utilizadas para evaluar el funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia

Escala	Utilización	Dimensiones / ítems
Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) <i>American Psychiatric Association</i>	Pacientes con esquizofrenia	En estrecha relación con la escala GAF
Groningen Social Disability Schedule (GSDS) <i>Wiersma</i>	Pacientes psiquiátricos en general; primer episodio de esquizofrenia	8 dimensiones - Autocuidado - Relación con la familia - Relación de pareja - Amistad - Papel de los padres - Ciudadanía - Actividades de ocio - Trabajo y ocupación
Medical Outcomes Study Short-Form 36 Health Survey (SF-36) <i>Ware & Donald</i>	Población general	8 dimensiones: 36 ítems - Salud general - Funcionamiento social - Funcionamiento físico - Rol físico - Rol emocional - Salud mental - Vitalidad - Dolor corporal
Scale for Social Adaptive Functioning Evaluation (SAFE) <i>Harvey et al.</i>	Pacientes psiquiátricos geriátricos ingresados	3 dimensiones: 17 ítems - Las habilidades sociales, interpersonales - Autocuidado - Habilidades de control- impulso
Multnomah Community Ability Scale (MCAS) <i>Barker et al.</i>	Psiquiatría general	4 dimensiones: 17 ítems - La interferencia con el funcionamiento - Ajuste a los hábitos de vida - Competencia social - Problemas de comportamiento
Interview Schedule for Social Interaction (ISSI) <i>Henderson, et al.</i>	Pacientes psiquiátricos neuróticos	4 dimensiones: 53 ítems - Disponibilidad de las relaciones íntimas - Adecuación de las relaciones íntimas - Disponibilidad de amistades - Adecuación de las amistades
Assessment of Interpersonal Problem-Solving Skills (AIPSS) <i>Donahoe et al.</i>	Pacientes con esquizofrenia en la comunidad	3 dimensiones: 6 ítems - Recepción de las habilidades - Procesamiento de habilidades - Rendimiento de la respuesta
Community Adjustment Form (CAF) <i>Stein & Test</i>	Trastorno mental severo	17 dimensiones: 140 ítems: funcionamiento en la comunidad, por ejemplo, situación de vida, trabajo y funcionamiento social, participación en la familia y utilización de los medicamentos,...
Personal and Social Performance (PSP) Scale <i>Morosini et al.</i>	Esquizofrenia	4 dimensiones: - Actividades socialmente útiles - Personal y las relaciones sociales - Autocuidado - Comportamientos agresivos y amenazadores
Katz Adjustment Scale (KAS) <i>Katz & Lyerly</i>	Esquizofrenia / epilepsia	5 dimensiones: 205 ítems - Síntomas psiquiátricos - Comportamiento social - Rendimiento de las tareas relacionadas con la actividad social - Expectativas de rendimiento - Actividades y expectativas de ocio
Strauss-Carpenter Outcome Scale (SCOS) <i>Strauss & Carpenter</i>	Esquizofrenia	4 dimensiones: 4 ítems - Actividades sociales - Trabajo - Autonomía - Hospitalización

Fuente: Adaptado de Burns, T., & Patrick, D. (2007). Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(6), 403-418.

II. Justificación

II. Justificación del estudio

Tal y como hemos señalado en el primer capítulo, el problema de las recaídas y de los reingresos entre los pacientes con esquizofrenia crea gran preocupación tanto a la administración sanitaria como a la sociedad en general, debido a los costes económicos, sociales y de atención sanitaria que generan. Los principales factores relacionados con la aparición de recaídas son la elevada carga familiar que producen, la falta de adherencia a la medicación antipsicótica y la falta del manejo de los síntomas por el propio paciente.

Según D. Orem el déficit de autocuidado ocurre cuando en una persona, por situaciones derivadas de su salud, se produce una demanda de cuidado terapéutico y ésta es superior a las capacidades que tiene la persona para realizar las acciones necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado. Los profesionales de enfermería se encuentran en una posición clave para promover las acciones de autocuidado en los pacientes con esquizofrenia tratados en la comunidad. Basándose en la Teoría de D. Orem se pueden promover las áreas de autocuidado en estos pacientes, especialmente en relación a: el manejo de los síntomas por parte del propio paciente, a favorecer la adquisición de autonomía y poder realizar un seguimiento del tratamiento de estos pacientes para aumentar la adherencia a la medicación. Para ello es importante que estos profesionales de enfermería dispongan de herramientas para valorar la capacidad que tiene el individuo para poder realizar su autocuidado, y los conocimientos y habilidades suficientes para poder definir un plan que le ayude a llevar cabo la acción de autocuidado.

Por tanto, la obtención de un instrumento de valoración de autocuidados para una población de especial riesgo sanitario como es ésta podría beneficiarse de una planificación de educación y de cuidados adecuada a sus necesidades.

Como hemos señalado en capítulos anteriores en la bibliografía hemos encontrado diversos artículos que se centran en el autocuidado, pero la gran mayoría lo hacen desde una dimensión teórica o conceptual y presentan unas

propiedades psicométricas y unas normas de aplicabilidad insuficientes para recomendar su utilización. No todos los cuestionarios abarcan todas las áreas de la agencia de autocuidado y no están diseñados específicamente para pacientes con trastornos mentales. Por otro lado, no hemos localizado en nuestro entorno un cuestionario validado para evaluar los autocuidados y que se base en una Teoría de Enfermería para pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

Por lo tanto, el desarrollo de un cuestionario basado en la Teoría de enfermería de D. Orem permitiría disponer de un instrumento para evaluar los autocuidados de estos pacientes por parte de los profesionales de enfermería. Esto también favorecería poder realizar una planificación adecuada de los cuidados, fomentando el cumplimiento de los cuidados de salud y la capacidad del individuo de llevar una vida autónoma, aumentando la contención familiar y probablemente disminuyendo los ingresos hospitalarios.

III. Objetivos

III. Objetivos de la Investigación

General:

Construir y validar un instrumento de valoración de enfermería, basado en los requisitos de autocuidado según la teoría de enfermería de Dorothea Orem, para pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

Específicos:

1. Elaborar la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), según la teoría de enfermería de Dorothea Orem, para pacientes diagnosticados de esquizofrenia.
2. Analizar la fiabilidad de la ERA, según la teoría de enfermería de Dorothea Orem, para pacientes diagnosticados de esquizofrenia, en términos de consistencia interna y estabilidad temporal.
3. Analizar la validez de la ERA, según la teoría de enfermería de Dorothea Orem, para pacientes diagnosticados de esquizofrenia, mediante la validez convergente, discriminante y de constructo.
4. Baremar la ERA, según la teoría de enfermería de Dorothea Orem, para pacientes diagnosticados de esquizofrenia, según sexo, edad y años de evolución.

IV. Hipótesis

IV. Hipótesis

1. La Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), según la teoría de enfermería de Dorothea Orem, presenta una consistencia interna superior al 70%.
2. La Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), según la teoría de enfermería de Dorothea Orem, presenta una estabilidad temporal del 90%.
3. El déficit de autocuidado medido por la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA), según la teoría de enfermería de Dorothea Orem, es similar al obtenido por la escala Life Skills Profile (LSP), utilizada para evaluar las habilidades sociales.
4. El déficit de autocuidado es mayor en los pacientes con un menor funcionamiento de la actividad global.
5. El déficit de autocuidado es peor en los pacientes varones, y aumenta a medida que aumentan la edad y los años de evolución de la enfermedad.

V. Metodología

5.1 Diseño del estudio

5.2 Lugar de estudio

5.3 Población objetivo

5.4 Población accesible

5.5 Población de estudio

V. Metodología

5.1 Diseño del estudio

El estudio es de carácter métrico y se ha desarrollado en dos fases:

Primera fase: Diseño y construcción de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA).

Segunda fase: Análisis métrico de la escala ERA, mediante un estudio transversal realizado durante el período de 2007-2010.

5.2 Lugar de estudio

El estudio se ha realizado en 10 Centros de Salud Mental (CSM) de 9 municipios de la provincia de Barcelona: Gavà, Cornellà, Esplugues, Castelldefels, Ciutat Vella, Garraf, Cerdanyola, el Prat y Badalona (Figura 3). Estos centros atienden en total a una población adulta de 1.390.152 habitantes. Estos CSM pertenecen a la red de Salud Mental de Sant Joan de Déu y al Ajuntament de Badalona, Institut Municipal de Serveis Personals.

Figura 3
Situación geográfica de los CSM. Provincia de Barcelona



5.3. Población objetivo

Todos los sujetos de ambos sexos, mayores de 18 años de edad, diagnosticados de esquizofrenia, tratados en la comunidad, en Cataluña.

5.4 Población accesible

Todos los sujetos de ambos sexos, mayores de 18 años de edad, diagnosticados de esquizofrenia y en contacto habitual con los CSM de la provincia de Barcelona.

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico de esquizofrenia según la clasificación DMS-IV
- Edad mayor de 18 años.
- Al menos un contacto con el CSM como mínimo una vez en el último año.
- Aceptación voluntaria para participar en el estudio mediante consentimiento informado (Anexo 1).

Criterios de exclusión:

- Presencia de crisis de la enfermedad en el momento de la valoración.
- Sujetos que presentaban comorbilidad con retraso mental de cualquier tipo, cuadros orgánicos tipo demencias y / o abuso de alcohol u otras drogas, debido a que podía interferir en el estudio.

5.5. Población de estudio

Se seleccionó una muestra de la población accesible mediante un muestreo consecutivo hasta obtener el tamaño muestral necesario. El cálculo del tamaño de la muestra se basó en el objetivo del análisis de la fiabilidad mediante la consistencia interna. Para un coeficiente alfa de Cronbach esperado como mínimo del 70%, una precisión del 5% y un nivel de confianza del 95% la muestra necesaria estimada fue de 325 pacientes.

$$N = \frac{z_{\alpha}^2 p(1-p)}{i^2}$$

- N: nº de individuos de la muestra
p: porcentaje de consistencia interna esperado
 α : riesgo de que la consistencia interna no se encuentre en el intervalo estimado.
(1 - α) es el nivel de confianza
i: precisión que se requiere para la estimación

V. Metodología

5.6 Escala de Requisitos de Autocuidado

5.6. Diseño y Construcción de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA): Validez de contenido

La validez de contenido se basa en el análisis del concepto que se pretende medir y en especial en la definición de las áreas o dimensiones que abarca y sus límites con otros conceptos relacionados. Se puede considerar que un cuestionario es válido si contempla todos los aspectos relacionados con el concepto de estudio y suele evaluarse a través de la opinión de expertos (Argimon & Jiménez, 2004).

El diseño y la construcción de la ERA se realizaron en cuatro etapas siguiendo una metodología distinta en cada una de ellas (Figura 4), y contemplando en todas las fases, la inclusión de expertos que evaluaban el contenido de cada etapa.

Primera etapa:

Análisis conceptual de la Teoría del Déficit de Autocuidado formulada por Dorotea Orem.

En esta fase se configuró un grupo de enfermeras expertas (n= 4) en fundamentos de enfermería y se trabajó con las técnicas de análisis conceptual y consenso. Se realizó una revisión de la literatura de la teoría de D. Orem y se consensó el modelo teórico para medir la capacidad de autocuidado en los pacientes con esquizofrenia. Se consensó abordar la agencia de autocuidado desde su dimensionalidad (página 36).

Segunda etapa:

Identificación de los requisitos de autocuidado, de desarrollo y de alteración de la salud que se pueden presentar en las personas que padecen una esquizofrenia.

En esta etapa el grupo de expertos estuvo formado (n= 5) mayoritariamente por enfermero/as asistenciales del ámbito de la salud mental y se trabajó mediante revisiones sistemáticas de estudios empíricos basados, fundamentalmente, en factores de protección y factores de riesgo a tener en cuenta en los cuidados de enfermería a pacientes con una esquizofrenia.

Este grupo de expertos realizó un *Brainstorming* (Anexo 2) para describir las dificultades de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia que requieren de una atención a nivel comunitario. Posteriormente se consensuó el perfil con los posibles riesgos potenciales de estos pacientes (Tabla 10).

Tabla 10
Perfil de la persona con diagnóstico de esquizofrenia

Riesgos potenciales
<ul style="list-style-type: none"> - Riesgo de consumo de sustancias estimulantes: tabaco, café, cocacolas, ... - Riesgo de consumo de tóxicos: hachís, cocaína,... - Riesgo de ingesta excesiva de líquidos (agua,...) - Riesgo de ingesta excesiva de alimentos - Riesgo de disminución de la actividad (carencia de energía, desmotivación,...) - Riesgo para relacionarse / vincularse a dispositivos,... (aislamiento) - Riesgo de déficit en las medidas de higiene - Riesgo de vestimenta inadecuada - Riesgo de dificultad para planificarse el tiempo / dinero (ocio, relaciones personales,...) - Riesgo de incapacidad para solicitar ayuda - Riesgo de deterioro social / laboral / económico - Riesgo de dificultad en la toma de decisiones - Riesgo de dificultad en la incorporación del tratamiento en su vida diaria - Riesgo de dificultad para asumir sus roles (enfermo, hijo, padre,...) - Riesgo de dificultad para detectar síntomas de descompensación de su enfermedad y los efectos secundarios de la medicación. - Riesgo de alteración del sueño - Riesgo de pérdida de autonomía en las ABDV y AIVD (comprar, desplazarse, utilizar el teléfono,...) - Riesgo de pérdida del control de esfínteres urinarios nocturnos. - Riesgo de adquirir ETS y embarazos no deseados.

ABDV: actividades básicas de la vida diaria

AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria

ETS: enfermedades de transmisión sexual

Tercera etapa:

Operativización de los diferentes Requisitos de Autocuidado.

En esta etapa se trabajó con los expertos de ambos grupos de enfermeros/as a nivel conceptual y clínico (n= 9).

A partir del perfil consensuado, y teniendo como referencia los ocho requisitos propuestos por D. Orem se creó un pool de ítems amplio para evaluar el déficit de autocuidado de estos pacientes.

Para valorar qué ítems se incluían o no, se calculó el Índice de Validez de Contenido (IVC) según MR Lynn. En esta etapa participaron 8 profesionales expertos que tuvieron que valorar cada ítem en una escala que iba de 1 a 4, donde 1 correspondía a ítem no relevante y 4 a ítem muy relevante. El IVC para cada ítem se calculó como el porcentaje de expertos que daban una puntuación de 3 o 4 en cada ítem. Según MR Lynn se incluyeron en el cuestionario aquellos ítems con un IVC igual o superior a 0,88 (Lynn, 1986).

Cuarta etapa:

Elaboración y diseño de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA).

En esta fase se incluyó en el grupo de expertos enfermera/os especializados en el ámbito de la construcción y validación de instrumentos de medición clínica.

El cuestionario inicial estaba agrupado en 8 dimensiones que correspondían a los requisitos de autocuidado propuestos por Orem. Posteriormente el grupo de expertos decidió agrupar los tres primeros requisitos en una única dimensión porque los déficits que se pretendían evaluar están relacionados con los procesos vitales como el aire, agua y alimentos (factor) y la naturaleza de la acción (mantenimiento).

La escala quedó constituida como un instrumento que se debía administrar mediante una entrevista estructurada, de 33 ítems con opción de respuesta de 1 a 5, siendo 1 la ausencia de déficit y 5 el déficit total. Este fue el instrumento con el que se realizó la prueba piloto.

Figura 4:
Diseño y construcción de la Escala de Requisitos de Autocuidado

	Descripción etapas	Participantes "expertos"	Desarrollo	Consenso	
1ª Etapa	Análisis conceptual de la T. Del Déficit de Autocuidado	Fundamentos de Enfermería	Revisión de la literatura de la Teoría de Orem	Modelo teórico para medir el autocuidado en pacientes con Esquizofrenia	1ª Etapa
2ª Etapa	Identificación de los Requisitos de Autocuidado, de desarrollo y de alteración de salud	Asistenciales del ámbito de la salud	Revisiones sistemáticas de estudios empíricos	Perfil con los riesgos potenciales de los pacientes con Esquizofrenia	2ª Etapa
3ª Etapa	Operativización de los Requisitos de Autocuidado	Asistenciales y teóricas	Creación de un pool de ítems	Selección ítems a partir de un IVC de 0.88	3ª Etapa
4ª Etapa	Construcción de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA)	Asistenciales, teóricas y en psicometría	Adecuación de los ítems	Elaboración y diseño de la ERA	4ª Etapa
	Descripción etapas	Participantes	Desarrollo	Consenso	

IVC: Índice de Validez de Contenido
ERA: Escala de Requisitos de Autocuidado

Prueba piloto:

Tal y como acabamos de señalar, con el cuestionario de 33 ítems se realizó una prueba piloto a un grupo de 30 pacientes diagnosticados de esquizofrenia con el objetivo de valorar la comprensión y la factibilidad de su administración. Esta prueba piloto se realizó en la Unidad Polivalente de Poble Sec, a usuarios de las unidades de residencia y comunidad terapéutica.

Se presentó la escala a los distintos profesionales del centro durante el mes de febrero de 2008, y se evaluó conjuntamente la idoneidad de los pacientes para realizar el estudio.

Se seleccionaron a dos enfermeras con experiencia en salud mental y fueron entrenadas para valorar a los enfermos (Carniaux, 2000). Cada enfermera entrevistadora realizó 15 entrevistas. Se evaluó el tiempo empleado en la cumplimentación del cuestionario (entre 20 a 30 minutos), la claridad y comprensión de las preguntas así como la facilidad de la puntuación. Respecto a estas dos últimas características, se realizaron algunas modificaciones en el cuestionario. Se desdoblaron dos preguntas porque medían dos fenómenos en una misma pregunta, y se modificaron determinadas puntuaciones de algunas preguntas. De 33 preguntas que había en el primer cuestionario, se pasó a un cuestionario “definitivo” de 35 preguntas (Anexo 3).

Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA):

El cuestionario diseñado mide el grado de cumplimiento de los cuidados de salud y la capacidad del individuo de llevar una vida autónoma. En su versión definitiva está formado por 35 ítems, distribuidos en 6 dimensiones: (Figura 5) (Anexo 3)

1. Requisitos de autocuidado I, II y III. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos.
2. Requisito de autocuidado IV. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación.
3. Requisito de autocuidado V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
4. Requisito de autocuidado VI. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
5. Requisito de autocuidado VII. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
6. Requisito de autocuidado VIII. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

Cada ítem es valorado según cinco posibilidades, aumentando en función del déficit de autocuidado, siendo 1 la ausencia de déficit y 5 el déficit total.

Las puntuaciones de cada dimensión se obtienen de la suma de las puntuaciones de los ítems de la siguiente forma:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos: suma de los ítems de las preguntas 1, 2, 3, 4, 5 y 6, donde 6 es la puntuación mínima y 30 la puntuación máxima.
2. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación: suma de los ítems de las preguntas 7 y 8, donde 2 es la puntuación mínima y 10 la puntuación máxima.

3. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo: suma de los ítems de las preguntas 9, 10, 11, 12, 13 y 14, donde 6 es la puntuación mínima y 30 la puntuación máxima.
4. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social: suma de los ítems de las preguntas 15, 16 y 17, donde 3 es la puntuación mínima y 15 la puntuación máxima.
5. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano: suma de los ítems de las preguntas 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 y 29, donde 12 es la puntuación mínima y 60 la puntuación máxima.
6. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales: suma de los ítems de las preguntas 30, 31, 32, 33, 34 y 35, donde 6 es la puntuación mínima y 30 la puntuación máxima.

La puntuación total de la ERA es la suma de todas las puntuaciones de los ítems. La puntuación máxima son 175 puntos y la mínima 35 puntos. Una puntuación alta en cada dimensión o en el total de la escala indicaría un déficit en la satisfacción de los requisitos de autocuidado por parte del paciente, lo que justificaría la necesidad de una intervención de enfermería específica. Por el contrario, una puntuación baja indicaría un adecuado cumplimiento de los requisitos de autocuidado.

La valoración de cada ítem hace referencia al autocuidado del paciente no en un momento de crisis de la enfermedad sino en un momento de estabilidad clínica del estado de salud mental del mismo.

La escala ERA está indicada para pacientes con esquizofrenia crónica, sin embargo, su uso se puede aplicar a otros grupos de pacientes con alteración mental crónica, pues la ausencia de síntomas o conductas específicas de dicha enfermedad permite su uso también a otro tipo de pacientes.

Es una escala elaborada para ser administrada por enfermería de forma individualizada mediante entrevista con el paciente.

Figura: 5
Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA)

ESCALA DE REQUISITOS DE AUTOCUIDADO	↑Autocuidado↓
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos	1 2 3 4 5
1. La persona es capaz de realizar actividades físicas sin mostrar signos de fatiga respiratoria.	
2. Consumo de tabaco.	
3. ¿Ingiere la persona un aporte adecuado de líquidos?	
4. ¿Tiene la persona conocimientos para realizar una dieta equilibrada?	
5. ¿La persona toma una cantidad adecuada de alimentos en relación a su necesidad diaria?	
6. ¿Tiene la persona conocimientos y habilidades suficientes para prepararse la comida cuando precisa?	
Provisión de los cuidados asociados con los procesos de eliminación	
7. ¿Tiene problemas la persona para el control de esfínter urinario?	
8. ¿Tiene la persona problemas con su eliminación fecal?	
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	
9. La persona tiene conocimientos para mantener un hogar saludable.	
10. La persona realiza las tareas domésticas que precisa para mantener un hogar saludable.	
11. Grado de motivación que tiene la persona para realizar las tareas domésticas.	
12. ¿Grado de cumplimiento de las actividades fuera del hogar?	
13. ¿Grado de motivación de las actividades fuera del hogar?	
14. Hábito de sueño-reposo ¿Tiene la persona dificultades para conciliar, mantener y/o tener un sueño reparador?	
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social	
15. Grado de interacción social	
16. Grado de satisfacción de las relaciones sociales	
17. ¿Tiene la persona dificultades para mantener relaciones de amistad o de pareja?	
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	
18. La persona se realiza una higiene adecuada	
19. Usa la persona una vestimenta limpia y adecuada al tiempo y lugar	
20. Reconoce la persona los síntomas de descompensación y tiene la capacidad para solicitar la ayuda correspondiente.	
21. Grado de cumplimiento, manejo del tratamiento farmacológico	
22. Grado de cumplimiento visitas de seguimiento	
23. ¿Consume la persona sustancias tóxicas?	
24. ¿Reconoce la persona los riesgos del consumo de sustancias tóxicas?	
25. ¿Consume la persona bebidas excitantes (café, coca-cola, te, red bull...)?	
26. El paciente conoce los riesgos y los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.	
27. Utiliza los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.	
28. La persona siente ansiedad para desempeñar las actividades de la vida cotidiana.	
29. ¿Siente la persona ansiedad para desempeñar las actividades de la vida cotidiana?	
Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales	
30. ¿Tiene la persona las habilidades para manejar adecuadamente sus recursos económicos?	
31. En general ¿Manifiesta la persona sentirse satisfecha con el desarrollo de sus roles?	
32. ¿Manifiesta la persona tener dificultades para asumir sus roles? (dificultades con el día a día).	
33. ¿Manifiesta la persona tener dificultades para tomar sus propias decisiones en la vida cotidiana? (manifiesta dudas o temores excesivos)	
34. ¿Tiene capacidad de afrontar situaciones sociales nuevas?	
35. ¿Está la persona interesada o motivada para aprender y adaptar en su vida diaria conductas saludables que favorezcan su bienestar personal y su calidad de vida?	

Descripción de los ítems de la Escala de Requisitos de Autocuidado.

Factor o dimensión I: Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos.

Proporciona a la persona los elementos necesarios para el metabolismo y la producción de energía.

Ítem 1: En este ítem se valora fundamentalmente las características de la respiración y los factores que alteran la función respiratoria, mediante la capacidad de realizar actividades físicas sin mostrar signos de fatiga respiratoria.

Se debe determinar la capacidad del individuo de respirar normalmente sin dificultad, y de toser y respirar profundamente cuando se le pide que lo haga. Para valorar la fatiga respiratoria se puede observar si hay sibilancias audibles, si cuando habla, camina o realiza alguna actividad de la vida diaria como ducharse, vestirse, etc. tiene que parar un rato para recuperar el aliento. Así mismo, también hay que valorar la expectoración y/o si tose con normalidad.

Opciones de respuesta:

1. Es capaz de realizar gran actividad física de esfuerzo o subir 2 o más pisos sin mostrar signos de fatiga respiratoria.
2. Es capaz de realizar una gran actividad física de esfuerzo o subir 2 o más pisos presentando ligera fatiga respiratoria.
3. Es capaz de realizar una actividad física moderada (subir 1 piso,...) presentado ligera fatiga respiratoria.
4. Presenta signos de fatiga respiratoria simplemente cuando realiza varias actividades de la vida diaria (vestirse, ducharse, hacerse la cama,...).
5. Es incapaz (no puede) de realizar las actividades de la vida diaria sin mostrar signos de fatiga respiratoria.

Ítem 2: Valora el consumo de tabaco como factor de riesgo que altera la función respiratoria.

Opciones de respuesta:

1. No consume.
2. Consume esporádicamente (en ocasiones puntuales, reuniones familiares, bodas...).
3. Consume menos de 5 cigarrillos / día.
4. Consume de 5 a 20 cigarrillos al día.
5. Consume más de 20 cigarrillos al día.

Ítem 3: Valora la ingesta de un aporte adecuado de líquidos. En la valoración se tendrá en cuenta el consumo de cualquier tipo de bebida (agua, refrescos,..).

Opciones de respuesta:

1. Siempre bebe entre 1 y 2 litros de líquidos al día.
2. Casi siempre bebe entre 1 y 2 litros de líquidos al día.
3. Entre 0,5 – 1 litro ó > 2,5 - 3 litros.
4. Casi diariamente bebe más de 3 litros.
5. Bebe diariamente más de 3 litros.

Ítem 4: Valora si la persona conoce los diferentes grupos de alimentos y las cantidades recomendadas de consumo semanal de los diferentes grupos de alimentos. Se valorará a partir de ejemplos, que se le proporcionan al paciente.

Opciones de respuesta:

1. Describe diferentes grupos de alimentos y cantidades recomendadas.
2. Capaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y conoce aproximadamente las cantidades recomendadas (Clasifica los alimentos a partir de ejemplos).
3. Capaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas.

4. Tiene dificultades para clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas.
5. Es incapaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas.

Ítem 5: Valora si su peso corresponde con su altura, edad, sexo y actividad física. También se tendrá en cuenta si los platos son abundantes, si repite, si come o pica fuera de las comidas, si suele dejarse comida en el plato, si se salta comidas, si introduce los diferentes grupos de alimentos en su dieta.

Opciones de respuesta:

1. Siempre la cantidad de alimentos ingerida es muy adecuada.
2. Casi siempre la cantidad de alimentos ingerida es adecuada: “solo 1 día a la semana realiza una ingesta inadecuada”.
3. La cantidad de alimentos ingerida regularmente es adecuada: “entre 2 y 3 días a la semana realiza ingestas inadecuadas”.
4. La cantidad de alimentos ingerida es inadecuada: “4 o más días a la semana realiza ingestas inadecuadas”.
5. La cantidad de alimentos ingerida es muy inadecuada: “cada día realiza ingestas inadecuadas”.

Ítem 6: Valora si dispone de los conocimientos y habilidades suficientes para prepararse la comida cuando precisa (se valorará la preparación del desayuno, de la comida y de la cena).

Opciones de respuesta:

1. (ej. Dispone de todos los conocimientos para elaborar la comida y normalmente se prepara el desayuno, comida y cena cuando precisa “vive solo,...”).
2. (ej. Solo tiene conocimientos para preparar un menú repetitivo y limitado aunque normalmente se prepara el desayuno, comida y cena).

3. (ej. Dispone parcialmente de conocimientos para elaborar las comidas y es capaz de preparar comidas sencillas, como por ejemplo, ensaladas, comidas pre-cocinadas,...).
4. (ej. Dispone parcialmente de los conocimientos para elaborar la comida aunque normalmente no se prepara el desayuno, comida y cena cuando precisa).
5. (ej. No dispone de conocimientos para elaborar la comida y no se prepara ninguna comida).

Factor o dimensión II: Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación.

Tiene como finalidad para el funcionamiento humano, el asegurar la integridad y la regulación de estos procesos, así como el control y el manejo adecuado de productos de deshecho.

Ítem 7: Valora si presenta dificultades para controlar el esfínter urinario y se tendrá en cuenta la incontinencia urinaria.

Opciones de respuesta:

1. Tiene control total de los esfínteres.
2. Esporádicamente en los dos últimos meses ha tenido durante la noche/día algún episodio de incontinencia.
3. Ocasionalmente ha tenido episodios de incontinencia relacionada sobre todo con cambios de tratamiento o alguna situación estresante,...
4. Casi diariamente tiene episodios de incontinencia (más de dos episodios semanalmente).
5. Diariamente presenta micciones involuntarias durante la noche/día.

Ítem 8: Valora las dificultades en relación al patrón de eliminación fecal.

Opciones de respuesta:

1. Manifiesta que durante los dos últimos meses evacua según su pauta personal, no ha precisado de laxantes, ni ha tenido molestias durante la defecación, ni tampoco realiza ninguna dieta especial,...
2. Durante los dos últimos meses ha tenido algún episodio aislado (recuerda menos de 2 ocasiones) de constipación, o alguna molestia durante la defecación,
3. Durante los dos últimos meses tiene algunas dificultades para defecar, no precisa de laxantes, aunque si precisa hacer dieta rica en fibra y/o practicar ejercicio regularmente
4. Durante los dos últimos meses tiene ciertas dificultades para defecar, precisa utilizar regularmente laxantes o manifiesta dolor, o distensión abdominal continuada, o presenta alteraciones en la zona perianal como hemorroides,..
5. Durante los dos últimos meses tiene muchas dificultades para defecar, incluso con ayuda de laxantes o manifiesta dolor, o distensión abdominal continuada, o presenta alteraciones en la zona perianal como hemorroides,..

Factor o dimensión III: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Tiene como finalidad evaluar el control y el gasto de energía y la capacidad para regular los estímulos ambientales, para realizar con satisfacción actividades de ejercicio y reposo.

Ítem 9: Valora los conocimientos que tiene en relación al mantenimiento de un hogar saludable. En este ítem se tendrá en cuenta la limpieza del hogar “barrer el suelo, fregar, limpiar el polvo,...”, comprar, cocinar, cuidado de la ropa “poner lavadoras, planchar”,..

Opciones de respuesta:

1. Sabe como realizar todas las tareas domésticas.
2. Sabe realizarlas casi todas.
3. Sabe realizar alguna de ellas.
4. No sabe realizar casi ninguna.
5. No sabe como realizar ninguna.

Ítem 10: Valora la capacidad que tiene la persona para realizar las tareas domésticas precisas para mantener un hogar saludable.

Opciones de respuesta:

1. Diariamente las realiza.
2. Casi diariamente las realiza.
3. Ocasionalmente las realiza.
4. Casi nunca las realiza.
5. No las realiza nunca.

Ítem 11: Valora el grado de motivación que tiene la persona para realizar las tareas domésticas.

Opciones de respuesta:

1. Realiza fácilmente las tareas domésticas por iniciativa propia (sin necesidad de que se le tenga que recordar).
2. Alguna vez se le tiene que recordar y realiza todas las actividades.
3. A menudo se le debe recordar y realiza todas las actividades.
4. Siempre se le debe recordar que ha de realizar las actividades, y sólo realiza algunas.
5. No las realiza incluso recordándoselas.

Ítem 12: Valora el grado de cumplimiento de las actividades fuera del hogar. Se tendrá en cuenta el trabajo, prelaboral, Centro de Día, actividades deportivas, paseo, actividades comunitarias o formativas,...

Opciones de respuesta:

1. Siempre las cumple.
2. Casi siempre las cumple.
3. Ocasionalmente las cumple.
4. Casi nunca las cumple.
5. No las cumple nunca.

Ítem 13: Valora el grado de motivación mediante el cumplimiento de las actividades que realiza fuera del hogar.

También en este ítem se tendrá en cuenta el trabajo, prelaboral, Centre de Día, actividades deportivas, paseo, actividades comunitarias o formativas...

Opciones de respuesta:

1. Cumple sus actividades programadas por iniciativa propia (nunca se le tiene que recordar).
2. Cumple sus actividades programadas por iniciativa propia (en alguna ocasión se le tiene que recordar).
3. Cumple sus actividades programadas bajo supervisión.
4. No cumple sus actividades programadas (incluso bajo supervisión).
5. No realiza ninguna actividad y no tiene motivación para iniciar alguna actividad.

Ítem 14: Valora las dificultades que el individuo puede presentar en relación a la capacidad de conciliar, mantener y/o tener un sueño reparador.

Opciones de respuesta:

1. No tiene dificultad para conciliar el sueño (antes de 30 minutos) y siempre duerme de 6 - 9 horas diarias con sueño reparador (sensación subjetiva de haber descansado bien).
2. Casi nunca tiene dificultad para conciliar el sueño y habitualmente duerme de 6 - 9 horas diarias con sueño reparador (sensación subjetiva de haber descansado bien).

3. En ocasiones tiene dificultades para conciliar y/o mantener el sueño durante la noche, y habitualmente tiene la sensación subjetiva de haber descansado bien.
4. Casi siempre tiene dificultades para conciliar y mantener el sueño durante la noche y no tiene la sensación de haber descansado bien, y compensa con sueños a lo largo del día.
5. Siempre tiene dificultades para conciliar el sueño y para mantenerlo, o presenta alteraciones importantes en el ritmo circadiano (↑↓). Duerme un exceso de horas (14 o más horas).

Factor o dimensión IV: Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Representa requerimientos de autocuidados fundamentales para adquirir conocimientos y valores para el desarrollo humano. En función de la relación y los contactos interpersonales se consigue seguridad, confianza, capacidad de reflexión, etc, en uno mismo y con relación a otras personas.

Ítem 15: Valora el grado de interacción social.

Para valorar este ítem se tendrá en cuenta si tiene contactos con familiares y/o amigos u otras personas de su entorno, amistades,... Aquí se debe incluir también si el usuario se relaciona con las posibles personas con las que conviva, como por ejemplo si come con ellos, si mantiene conversaciones espontáneas,...

Opciones de respuesta:

1. Mantiene contactos sin ninguna dificultad con diferentes personas (familia, amigos, compañeros o conocidos).
2. Mantiene con cierta dificultad contactos con diferentes personas (familia, amigos, compañeros o conocidos)
3. Mantiene contactos con alguna dificultad, las mantiene únicamente con personas muy significativas (familia personas con las que convive)

4. Mantiene con muchas dificultades contactos incluso con personas significativas
5. Mantiene con muchas dificultades contactos incluso con personas significativas

Ítem 16: Valora el grado de satisfacción de las relaciones sociales (satisfacción). Para valorar este ítem se tendrá en cuenta si la persona se siente comprendida, valorada y apoyada por sus familiares, amigos y otras personas del entorno.

Opciones de respuesta:

1. La persona se siente comprendido, valorado y apoyado por sus familiares, amigos y otras personas del entorno
2. La persona se siente comprendido, valorado y apoyado por algunos de sus familiares, o amigos u otras personas del entorno
3. La persona en algunas ocasiones se siente comprendido, valorado y apoyado por sus familiares, amigos u otras personas del entorno.
4. La persona siempre se siente incomprendido, infravalorado y poco apoyado por la mayoría de sus familiares, amigos u otras personas del entorno.
5. No sabe evaluar las relaciones sociales.

Ítem 17: Valora si la persona tiene dificultades para mantener relaciones de amistad o de pareja.

Para valorar este ítem se tendrá en cuenta los contactos periódicos que mantiene con otras personas, si recibe llamadas telefónicas, si acude a encuentros programados u organizados,...

Opciones de respuesta:

1. Mantiene sin ninguna dificultad las relaciones. (Contactos periódicos con varias personas ej. Llamadas telefónicas, encuentros).
2. Mantiene con cierta dificultad (Contactos esporádicos con varias personas Ej. Llamada telefónicas, encuentros)

3. Mantiene con muchas dificultades (Contactos esporádicos con una sola persona)
4. Le cuesta mantener las relaciones (No tiene capacidad de mantener relaciones)
5. Evita y no tiene capacidad de mantener (No mantiene relaciones y evita tenerlas)

Factor o dimensión V: Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

Tiene como finalidad contribuir a la promoción efectiva del funcionamiento humano y al desarrollo y promoción del crecimiento, evitar condiciones de peligro y promover condiciones para actitudes responsables. Al prevenir los peligros para la vida se contribuye a la satisfacción adecuada de los requisitos de autocuidado anteriores.

Ítem 18: Valora si la persona se realiza una higiene adecuada.

En este ítem se tendrá en cuenta el baño, el aseo, la higiene dental, la sudoración excesiva, el olor corporal, el cambio de ropa, la utilización de desodorantes....

Opciones de respuesta:

1. Se asea diariamente de manera adecuada, de forma autónoma.
2. Casi diariamente se asea de manera adecuada, de forma autónoma.
3. Alguna dificultad en el aseo tanto en la frecuencia como en la calidad, en ocasiones precisa supervisión.
4. Muchas dificultades en el aseo personal, tanto en la frecuencia como en la calidad, y precisa supervisión.
5. Déficit muy importante en el aseo personal, dependencia total para mantener habito de higiene adecuado.

Ítem 19: Valora si la persona usa una vestimenta limpia y adecuada al tiempo y lugar.

Opciones de respuesta:

1. Siempre usa una vestimenta limpia y adecuada al tiempo y lugar.
2. Casi siempre usa una vestimenta limpia y adecuada al tiempo y lugar.
3. Usa una vestimenta limpia pero poco adecuada al tiempo y lugar y/o es extravagante.
4. Usa una vestimenta sucia y poco adecuada al tiempo y lugar y/o es extravagante.
5. Usa una Vestimenta sucia y muy inadecuada al tiempo y lugar y/o es extravagante.

Ítem 20: Valora si reconoce la persona los síntomas de descompensación y tiene la capacidad para solicitar la ayuda correspondiente.

Opciones de respuesta:

1. Sabe reconocer los síntomas de descompensación y es capaz de solicitar ayuda.
2. Tiene algunas dificultades para identificar los síntomas de descompensación correctamente y es capaz de solicitar ayuda a pesar de tener dudas.
3. Tiene algunas dificultades para identificar los síntomas de descompensación correctamente y no siempre solicita ayuda.
4. Tiene dificultades para reconocer los síntomas de descompensación y es incapaz de solicitar ayuda.
5. No sabe reconocer los síntomas de descompensación y es incapaz de solicitar ayuda.

Ítem 21: Valora el grado de cumplimiento y manejo del tratamiento farmacológico.

Opciones de respuesta:

1. Siempre lo cumple de forma autónoma: dosis, horario de las tomas.
2. Casi siempre lo cumple pero en ocasiones precisa supervisión
3. Acepta pasivamente la pauta prescrita.
4. Muestra resistencia para aceptar el tratamiento.
5. Nunca lo cumple. Abandono del tratamiento.

Ítem 22: Valora el grado de cumplimiento de las visitas de seguimiento.

Opciones de respuesta:

1. Acude de forma autónoma a las visitas de seguimiento.
2. Casi siempre acude pero en ocasiones precisa supervisión.
3. Acude con dificultad a las visitas de seguimiento, precisa supervisión.
4. Casi nunca acude a las visitas de seguimientos, estrecha supervisión.
5. Nunca acude a las visitas programadas, desvinculación.

Ítem 23: Valora si la persona consume sustancias tóxicas.

En este ítem se excluye el consumo de tabaco.

Opciones de respuesta:

1. No consume ninguna sustancia.
2. No consume, pero con anterioridad ha consumido puntualmente.
3. Consume puntualmente.
4. Consume casi diariamente.
5. Consume diariamente.

Ítem 24: Valora si la persona reconoce los riesgos del consumo de sustancias tóxicas.

En este ítem se excluye los riesgos derivados del consumo de tabaco. Sin embargo se valorará si conoce la interacción de los medicamentos, sobre la conducción de vehículos y los efectos en el sistema nervioso central por consumo de sustancias.

Opciones de respuesta:

1. La persona reconoce todos los riesgos.
2. La persona reconoce casi todos los riesgos.
3. La persona no reconoce casi ninguno.
4. La persona no reconoce ninguno.
5. Considera positivo el consumo de tóxicos.

Ítem 25: Valora si la persona consume bebidas excitantes.

Se consideran bebidas excitantes el café, la coca-cola, el te, el red-bull...

Opciones de respuesta:

1. La persona no consume bebidas excitantes.
2. Consumo leve (entre una y dos bebidas excitantes).
3. Consume moderado (entre tres y cuatro bebidas excitantes).
4. Consumo excesivo (entre 5 y 8 bebidas excitantes).
5. Consumo muy excesivo (más de 8 bebidas excitantes).

Ítem 26: Valora si la persona conoce los riesgos y los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.

Opciones de respuesta:

1. Tiene los conocimientos.
2. Tiene casi todos los conocimientos.
3. Tiene algunos conocimientos.
4. No tiene casi ninguno.
5. No los tiene.

Ítem 27: Valora si la persona utiliza los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.

Opciones de respuesta:

1. Siempre los utiliza o utilizaría.
2. Casi siempre los utiliza.
3. En algunas ocasiones no los utiliza.

4. Casi nunca los utiliza.
5. No los utiliza nunca.

Ítem 28: Valora si la persona siente ansiedad para desempeñar las actividades de la vida cotidiana.

Este ítem se valorará mediante una escala de 0 a 10, donde 0 significa ausencia de ansiedad y 10 significa que la persona siente pánico.

Opciones de respuesta:

1. La ansiedad no interfiere en las actividades de la vida diaria, (ansiedad de 0 a 2).
2. Casi nunca interfiere (ansiedad de 3 a 4).
3. En algunas ocasiones interfiere (ansiedad de 5 a 6).
4. Casi siempre (ansiedad de 7 a 8).
5. Ansiedad es paralizante (ansiedad de 9 a 10).

Ítem 29: Valora si la persona siente ansiedad cuando se encuentra en contacto con otras personas.

Este ítem se valorará mediante una escala de 0 a 10, donde 0 significa ausencia de ansiedad y 10 significa que la persona siente pánico.

Opciones de respuesta:

1. Nunca (ansiedad de 0 a 2).
2. Casi nunca (ansiedad de 3 a 4).
3. En algunas ocasiones (ansiedad de 5 a 6).
4. Casi siempre (ansiedad de 7 a 8).
5. Siempre (ansiedad de 9 a 10).

Factor o dimensión VI: Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

El funcionamiento, desarrollo y normalidad se consiguen cuando se encuentran cubiertos de manera óptima todos los requerimientos de autocuidados relacionados con los requisitos anteriores.

Ítem 30: Valora si la persona tiene las habilidades para manejar adecuadamente sus recursos económicos.

Opciones de respuesta:

1. Los maneja adecuadamente de forma autónoma.
2. No tiene dificultades, puntualmente necesita ayuda.
3. Tiene alguna dificultad, generalmente necesita supervisión.
4. Incapaz de manejarlos, precisa de supervisión continúa.
5. Incapaz, precisa de supervisión legal (incapacitación).

Ítem 31: Valora si la persona manifiesta sentirse satisfecha con el desarrollo de sus roles.

En este ítem se tendrá en cuenta la satisfacción con su propia vida, el desempeño de los posibles roles que pueda tener.

Opciones de respuesta:

1. Manifiesta sentirse siempre satisfecho.
2. Manifiesta sentirse casi siempre satisfecho.
3. Manifiesta sentirse a menudo satisfecho.
4. Manifiesta sentirse en pocas ocasiones.
5. Manifiesta sentirse nunca o casi nunca satisfecho.

Ítem 32: Valora si la persona manifiesta tener dificultades para asumir sus roles.

Opciones de respuesta:

1. Manifiesta no tener dificultades.

2. Manifiesta tener pocas dificultades.
3. Manifiesta tener bastantes dificultades.
4. Manifiesta tener muchas dificultades.
5. Manifiesta ser incapaz de asumir su rol social.

Ítem 33: Valora si la persona manifiesta tener dificultades para tomar sus propias decisiones en la vida cotidiana.

Opciones de respuesta:

1. Nunca tiene dificultades.
2. Casi nunca tiene dificultades.
3. Algunas veces tiene dificultades.
4. Casi siempre tiene dificultades.
5. Siempre tiene dificultades.

Ítem 34: Valora si la persona tiene capacidad de afrontar situaciones sociales nuevas.

En este ítem se valorarán las celebraciones familiares, viajes, reuniones, fiestas de la comunidad,...

Se ha definido afrontamiento como el proceso por el cual el individuo es capaz de tomar decisiones, hacer frente a los problemas e intentar solucionarlos.

Opciones de respuesta:

1. Las afronta sin ninguna dificultad.
2. Las afronta casi siempre sin ninguna dificultad.
3. Las afronta con bastantes dificultades.
4. Las afronta con muchas dificultades evitando alguna situación.
5. Evita siempre las situaciones.

Ítem 35: Valora si la persona está interesada o motivada para aprender y adaptar en su vida diaria nuevas conductas saludables que favorezcan su bienestar personal y su calidad de vida.

Opciones de respuesta:

1. Está muy interesada o motivada.
2. Está interesada o motivada.
3. Está poco interesada o motivada.
4. No verbaliza ningún interés o motivación.
5. Se niega a realizar cualquier cambio en sus conductas.

V. Metodología

- 5.7 Fuentes de información complementarias**
- 5.8 Procedimiento de la recogida de datos**
- 5.9 Análisis estadístico**

5.7. Fuentes de información

El instrumento principal de información ha sido la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA) descrita en el apartado anterior y para analizar la validez convergente y discriminante de la escala ERA se aplicaron dos instrumentos de amplio uso en pacientes con esquizofrenia (LSP y GAF) y se recogieron otras variables para la baremación de la escala.

1. La escala LSP (Life Skills Profile) adaptada al castellano (Bulbena Vilarrasa et al., 1992)

Tal y como hemos señalado anteriormente, esta escala fue diseñada por Rosen et al. para evaluar la funcionalidad general en las actividades de la vida cotidiana en enfermos psiquiátricos crónicos (Rosen et al., 1989). Los autores agrupaban los ítems en 5 subescalas: *communication* (comunicación), *social contact* (contacto social), *non turbulence* (conducta no agitada), *self-care* (autocuidado) y *responsability* (responsabilidad). Aunque inicialmente estaba construida para personas con esquizofrenia, después se amplió su aplicabilidad a otros pacientes con enfermedades mentales crónicas e incluso a algunos trastornos orgánicos. Parket et al., demostraron que esta escala tiene una elevada repetibilidad y que la variabilidad interobservador es aceptable (Parker et al., 1991).

En 1992 se realizó la adaptación y validación del cuestionario al castellano (Bulbena Vilarrasa et al., 1992; Larrinoa et al., 1992), proponiendo nuevas subescalas distintas ligeramente de las originales:

1. Autocuidado (conductas de autocuidado propiamente dichas).
2. Comportamiento social interpersonal (conductas conflictivas o no en el ámbito interpersonal).
3. Comunicación - contacto social (nivel de participación y relación social del sujeto con su entorno).
4. Comportamiento social no personal (conductas personales realizadas sin existir relación con otras personas).

5. Autonomía (conductas que implican un cierto nivel de autonomía).

La escala LSP está compuesta por 39 preguntas o ítems (Anexo 4), valorados según cuatro posibilidades, de 1 a 4 cada ítem. La puntuación total del LSP es la suma de todas las puntuaciones de los ítems. Una puntuación alta en cada subescala o para el total del LSP indica un nivel de funcionamiento alto o una baja incapacidad.

Se han realizado posteriormente diferentes versiones y versiones reducidas (Rosen, Trauer, Hadzi-Pavlovic, & Parker, 2001; Trauer, Duckmanton, & Chiu, 1995), y adaptaciones al castellano de la versión reducida (Burgés, Fernández, Autonell, Melloni, & Bulbena, 2007).

En este estudio de validación se utilizó la escala de 39 ítems porque todavía no se habían publicado los resultados de la adaptación y validación de la LSP abreviada.

2. GAF. Escala de Funcionamiento Global o escala de evaluación de la actividad global (Anexo 5).

Esta escala resume la actividad psicológica, social y profesional en un continuo salud-enfermedad mental. Algunos estudios han demostrado que las puntuaciones clínicas de la gravedad global de un trastorno resultan fiables y están relacionadas con el uso del tratamiento. Las puntuaciones obtenidas en esta escala se refieren a la actividad presente en el momento de la evaluación, y generalmente reflejan la necesidad de tratamiento (Williams, 2000). Las puntuaciones de la escala van de 0 a 100, donde a menor puntuación peor actividad psicológica, social y profesional. Para el análisis el GAF se agrupó en dos categorías: menor o igual a 50 y mayor que 50. También se recodificó en cuatro categorías según los cuartiles (menor o igual a 40, de 41 a 45, de 46 a 50 y mayor de 50).

3. Otras variables

- **Centro de salud:** Centro de Salud Mental (CSM) al que pertenece el paciente (Garraf, Ciutat Vella, Badalona, Espulgues, Cornellà, Gava, El Prat, Castelldefels, Cerdanyola)
- **Edad:** edad en años en el momento del estudio. Posteriormente se agrupó la edad en tres categorías: menor o igual de 40 años, de 41 a 60 años y mayor de 60 años.
- **Sexo:** hombre, mujer.
- **Estado civil:** soltero/a, casado/a, separado/a, divorciado/a, viudo/a.
- **Nivel de estudios:** analfabeto, estudios primarios no completos, estudios primarios y / o secundarios, estudios universitarios, NS/NC
- **Situación laboral:** trabajador activo, jubilación, en paro, baja médica, sus labores, invalidez.
- **Medicación para su patología psiquiátrica en el momento del estudio:** Medicación oral, parenteral, oral más parenteral, no tiene pautado medicación y tiene pautada pero no la toma.
- **Años de evolución de la enfermedad psiquiátrica:** años desde el momento del diagnóstico hasta el inicio del estudio.
- **Diagnóstico principal de la patología psiquiátrica:** E. Tipo paranoide; E. Tipo residual; E. Tipo indiferenciado; E. Tipo desorganizado; T. Esquizoafectivo; T. Delirante Crónico; T. Esquizofreniforme y T. Psicótico no especificado.

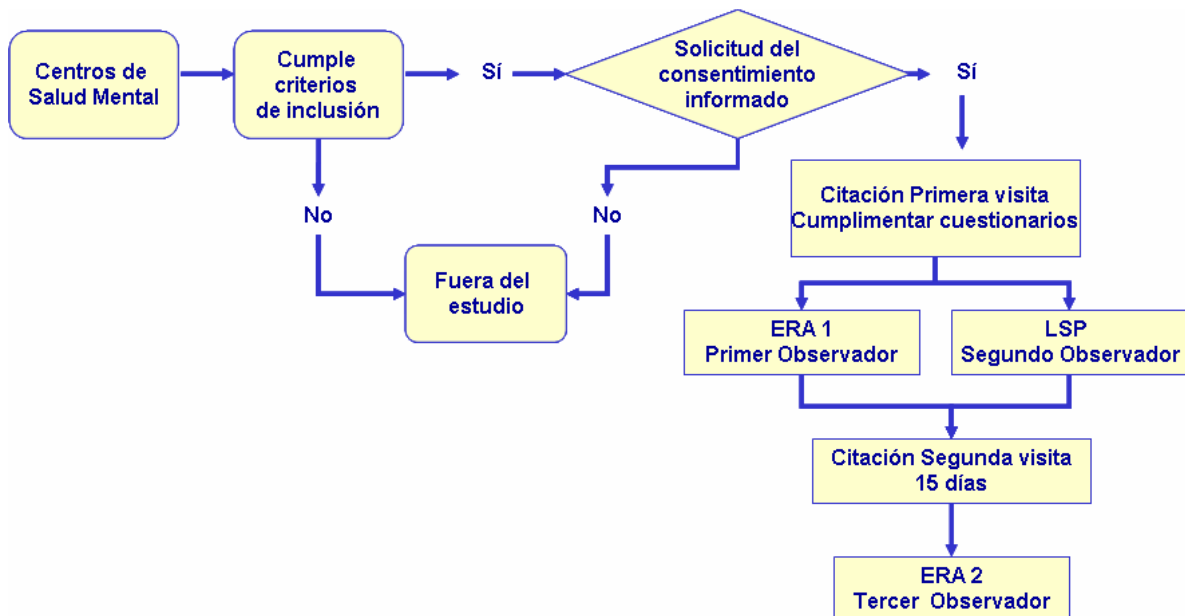
5.8. Procedimiento de la recogida de datos

Se incorporaron en el estudio todos los pacientes que acudieron a los centros de salud mental y que cumplían los criterios de inclusión. Se fueron reclutando de forma consecutiva hasta completar el tamaño total de la muestra. A los sujetos seleccionados se les informó del estudio y a los que aceptaban participar voluntariamente, se les citó para otra visita donde se solicitaba el consentimiento para administrarles los cuestionarios. En esta primera visita se recogieron las variables sociodemográficas y clínicas, y se les evaluó mediante

la ERA y el cuestionario Life Skills Profile (LSP) para analizar la validez convergente. Los cuestionarios se pasaron en la misma visita y cada uno de ellos por un observador diferente. Posteriormente se les citó a otra nueva visita a los 15 días para volver a evaluarles mediante el ERA y por un observador diferente al primero para analizar la fiabilidad del instrumento (Figura 6).

Figura 6

Procedimiento de recogida de datos



5.9. Análisis estadístico

La calidad de un instrumento de medida depende básicamente de dos propiedades: su fiabilidad y su validez. La fiabilidad hace referencia a la estabilidad de la medida cuando ésta se repite varias veces, y generalmente se usa como sinónimo de repetibilidad, reproducibilidad o concordancia. El término validez se refiere a si el procedimiento está midiendo realmente el fenómeno que queremos medir.

Los análisis realizados han sido los siguientes:

5.9.1. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de la muestra

Inicialmente se ha hecho un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio, calculando para todas las variables cualitativas el porcentaje y su frecuencia y para las variables cuantitativas la media y la desviación estándar.

5.9.2 Análisis descriptivo de los ítems de la Escala ERA

Se calculó la puntuación media de la escala ERA y su desviación estándar y para cada ítem de la escala se calcularon los valores de tendencia central, variabilidad, asimetría, curtosis y el porcentaje de respuesta mínima y máxima.

5.9.3. Análisis de la fiabilidad

La evaluación de la fiabilidad del cuestionario ERA se realizó analizando la consistencia interna y la estabilidad temporal. La consistencia interna se refiere a si los ítems que miden un mismo atributo o fenómeno presentan homogeneidad entre ellos. Este método sólo requiere la administración del cuestionario en una única ocasión. La técnica más utilizada para evaluar la consistencia interna de un cuestionario es el coeficiente alfa de Cronbach

(Bland & Altman, 1997; Cronbach, 1951; Muñiz, 2003; Muñiz, 1996), que expresa la consistencia interna entre 3 o más variables, siendo su expresión matemática la siguiente ecuación:

$$\alpha = \frac{n}{n - 1} \left[1 - \frac{\sum_{j=1}^n S_j^2}{S_x^2} \right]$$

Donde n se refiere al número de ítems, $\sum S_j^2$, la suma de las varianzas de los n ítems y S_x^2 la varianza de las puntuaciones del cuestionario.

Sus valores están comprendidos entre 0 y 1, aceptando que el valor ha de ser igual o superior a 0,7 para considerar que un instrumento tiene una buena consistencia interna. Cuando es superior a 0,90 no es buen indicador, ya que puede ser debido a redundancia o duplicación de ítems (Jaju & Crask, 1999). También se pueden observar índices superiores a 0,90 cuando se analiza la consistencia interna de instrumentos con más de 20 ítems, ya que este coeficiente depende del número de ítems que forma la escala, de manera que se puede sobreestimar su valor. Por este motivo para instrumentos formados por más de 20 ítems, se recomienda que se calcule la consistencia interna de las diferentes subescalas que forman la escala total (Oviedo & Campo-Arias, 2005). Por tanto, en nuestro estudio se calculó para el total de la escala y para los diferentes requisitos de autocuidado o subescalas, y también se calculó excluyendo los diferentes ítems, de forma que se evaluó si la supresión de algunos de ellos mejoraba la consistencia.

Se calculó también el coeficiente de homogeneidad de los ítems corregido, estimando las correlaciones de cada ítem con el total de la escala y con su subescala correspondiente, aceptando como límite inferior una correlación de 0,20 (Clark & Watson, 1995).

La repetibilidad o fiabilidad test-retest se evaluó mediante la concordancia interobservador, que consistió en administrar el cuestionario ERA a la misma muestra de estudio en dos ocasiones diferentes en el tiempo y por distintos observadores. El análisis se ha realizado mediante el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI), que es un índice que sintetiza el grado de concordancia entre dos medidas cuantitativas (Argimon & Jiménez, 2004) y se ha establecido un intervalo de confianza del 95%. La definición matemática del CCI deriva del análisis de la varianza (ANOVA). La variabilidad total de las mediciones (Var_t) se puede descomponer, por un lado, en la debida a los verdaderos valores, es decir, la de las diferencias entre sujetos (Var_s) y, por otro lado, a la variabilidad residual de los errores de medida (Var_e), es decir, la de las diferencias entre las medidas para cada sujeto. Cuanto menor sea esta variabilidad residual entre la total, mayor será la concordancia entre las mediciones:

$$CCI = \frac{Var_s}{Var_t} = \frac{Var_s}{Var_s + Var_e}$$

Los valores del Coeficiente de Correlación Intraclase también están comprendidos entre 0 y 1. La concordancia se considera muy buena si el coeficiente es mayor de 0.90, buena si está entre 0.71 y 0.90, moderada entre 0.51 y 0.70, mediocre entre 0.31 y 0.50 y mala o nula si es inferior a 0.31 (Fleiss, 1981).

Diversos autores evalúan también la fiabilidad utilizando el coeficiente de correlación de Pearson (r). Este coeficiente es una medida del grado en que un conjunto de puntos en un diagrama de dispersión se aproximan a la situación en la cual todos están exactamente sobre una línea recta (Szklo & Nieto, 2003). A pesar de que es una de las medidas de fiabilidad utilizada, es una de las menos apropiadas por diversas razones. Entre sus limitaciones destaca, por un lado, que no es sensible a diferencias sistemáticas entre dos medidas. Es

decir, es un índice de asociación lineal entre dos variables o medidas, pero no necesariamente una buena medida de la concordancia existente entre ellas. Por otro lado, es muy sensible al recorrido de los valores y a la presencia de valores extremos u *outliers*. A pesar de todas estas limitaciones en esta investigación también se calculó como información adicional al Coeficiente de Correlación Intraclase.

Como información complementaria al Coeficiente de Correlación Intraclase, se realizó el análisis de las diferencias individuales propuesto por Altman y Bland (Bland & Altman, 1986; Bland & Altman, 2010), construyendo los límites de concordancia. Estos límites se calculan a través de la media (\bar{d}) y de la desviación estándar (s) de la diferencia entre ambas medidas. La mayoría de las diferencias, si siguen una distribución normal, deben situarse entre la media y dos desviaciones estándar de la variable diferencia.

Para aplicar este método se construye primero una gráfica donde el eje de ordenadas (y) representa la diferencia entre ambas mediciones y el eje de abscisas (x) representa la media de ambas mediciones. Este gráfico permite observar si la magnitud de las diferencias entre las mediciones es similar para todos los valores de la variable o si las diferencias entre ambas medidas son mayores a medida que aumenta el valor de la variable. Si las diferencias no varían según los valores de la variable, se analizan las diferencias individuales calculando los límites de concordancia, realizando un gráfico que nos permite evaluar la magnitud del desacuerdo.

Otro método para valorar si las diferencias entre ambas medidas dependen del valor de la variable es el procedimiento de Bradley – Blackwood, que también se calculó en esta investigación. Este método consiste en realizar un análisis de regresión lineal simple entre la diferencia entre las dos medidas como variable dependiente, y la media de ambas medidas como variable independiente (Szklo & Nieto, 2003). Si la pendiente no es estadísticamente significativa significa que la diferencia entre las dos mediciones no depende del valor de la medida.

Diversos autores han propuesto otras alternativas para el análisis de la concordancia para variables cuantitativas, que complementan el método de Altman y Bland (Luiz, Costa, Kale, & Werneck, 2003), y que también se calcularon en esta investigación. Una propuesta muy reciente se basa en los gráficos de acuerdo-supervivencia o “survival-agreement plots”. Estos gráficos expresan el grado de concordancia como función de las diferencias absolutas entre medidas. Se construye una gráfica similar a las curvas de Kaplan-Meier, donde se representa el porcentaje de desacuerdo entre ambas pruebas diagnósticas. En el eje de abscisas (x) se representan las diferencias absolutas en las mediciones y en el eje de ordenadas (y) la proporción de casos con valores iguales o mayores a la diferencia observada. De esta manera, el grado de acuerdo para cada diferencia absoluta se calcula como la distancia entre la curva y el límite superior del eje de ordenadas (Martínez-González, Sánchez-Villegas, & Faulin-Fajardo, 2006).

Además se pueden realizar o construir distintas curvas de supervivencia según los diferentes niveles o categorías de las distintas variables. En este estudio se realizaron curvas de supervivencia para las variables sexo (hombre, mujer), edad categorizada (inferior a 40 años, entre 40-60 años, y más de 60 años), años de evolución categorizada (inferior a 10 años, entre 11 y 20 años, más de 20 años), y puntuación en la escala GAF (\leq a 50 y $>$ a 50). Se utilizó el test de Long Rank para evaluar si las diferencias entre las distintas curvas de supervivencia eran estadísticamente significativas.

También se realizaron dos curvas de supervivencia: una para aquellas diferencias donde ERA 1 (primera medición) era superior a ERA 2 (segunda medición) y otra cuando ERA 2 era superior a ERA 1, en vez de representar la diferencia absoluta global. Este nuevo método nos aporta más información (Llorca & Delgado-Rodríguez, 2005) que el gráfico de acuerdo supervivencia global, ya que se puede describir mejor el error de medida, su dirección y el sentido del mismo. Se calculó el test de Long Rank para comparar las dos curvas de supervivencia.

5.9.4. Análisis de la validez

Para estudiar la validez del cuestionario ERA se analizaron la validez convergente, la validez discriminante y la validez de constructo.

La validez convergente se establece examinando la correlación entre la nueva medida y otra medida o variables que se creen que están relacionadas con ella. La idea es que si las dos escalas de medida o sus variables están relacionadas, sus resultados cuando se aplican a los mismos individuos deben estar correlacionados. La validez convergente se analizó mediante el análisis de correlación de la escala ERA y la escala LSP adaptada al castellano administradas al mismo tiempo en la primera visita por observadores diferentes. Para este análisis se calculó el coeficiente de correlación de Spearman (*rho*) con un intervalo de confianza del 95%. Este coeficiente mide la asociación entre dos variables y puede tomar valores de -1 a +1, considerando de que cuando el valor de este coeficiente es 0 no existe asociación, cuando el valor absoluto es $< 0,30$ la asociación se considera débil, entre 0,31 y 0,70 asociación moderada y $> 0,71$ la asociación es fuerte.

El coeficiente de correlación de Spearman, a diferencia del coeficiente de correlación de Pearson, es un método no paramétrico, que no requiere los supuestos de normalidad de las variables, y que estima el grado de asociación de cualquier tipo entre dos variables, sin exigir que tenga que ser lineal. Además es el que se utiliza cuando las variables analizadas son ordinales, y a diferencia de otros métodos no paramétricos permite construir intervalos de confianza.

La validez discriminante se refiere a la capacidad que tiene un cuestionario o instrumento de medida para distinguir entre diferentes subgrupos de pacientes. Esta validez se analizó mediante la comparación de las medias de la ERA entre diferentes grupos de pacientes, según el valor del GAF. Se dividieron en 4 grupos según los cuartiles del valor GAF (pacientes con un GAF inferior a 41, pacientes con un GAF entre 41 a 45, pacientes con un GAF entre 46 a 50, y

pacientes con un GAF superior a 50). Para esta comparación de medias se utilizó un análisis de la varianza, realizando contrastes post hoc según el método de Bonferroni y el de Scheffé. Posteriormente se dividieron a los pacientes en dos grupos según si el valor del GAF fue superior o inferior a 50, ya que es el punto de corte que indica importante severidad de los síntomas con afectación grave en el funcionamiento y competencia social (Endicott et al., 1976). La técnica estadística utilizada para comparar estas medias fue el test de la t de Student para dos muestras independientes.

La validez de constructo

Un constructo es un concepto abstracto, que sólo puede ser medido indirectamente a través de la observación de conceptos teóricamente relacionados con él. La validez de constructo se refiere al grado en que la medición se corresponde con los conceptos teóricos referentes al fenómeno que se desea estudiar (Joint Committee on Standards for Educational and Psychological Testing of the American Educational Research Association, the American Psychological Association, and the National Council on Measurement in Education, 2008; Streiner & Norman, 2003).

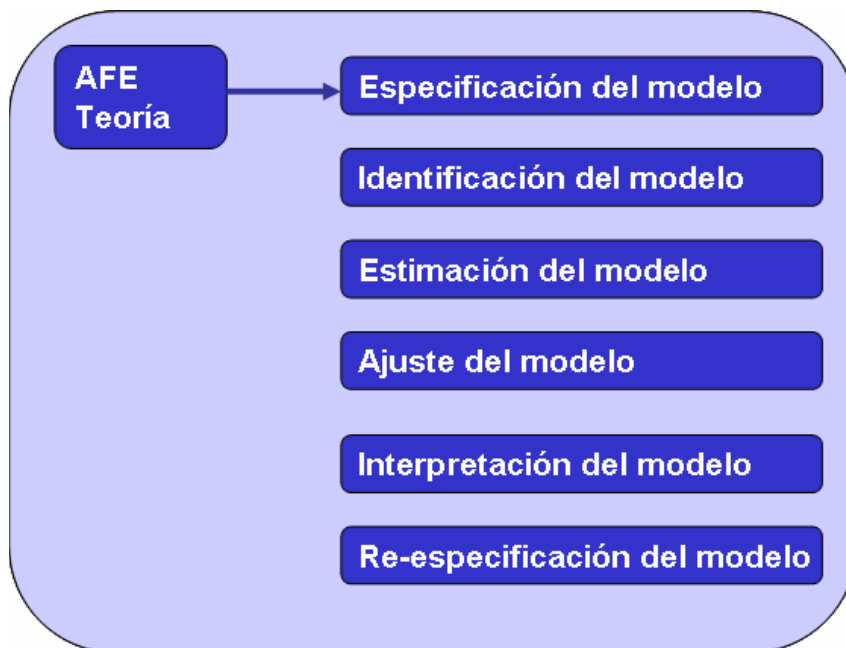
Para evaluar la validez de constructo se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC).

El AFC es una técnica basada en el análisis de estructuras de covarianzas, que tiene como objetivo determinar si un modelo de medida especificado por el investigador, basándose en hipótesis teóricas o en un análisis factorial exploratorio (AFE) previo, es consistente con la realidad (Rial, Varela, Abalo, & Lévy, 2006). En el AFC se pone a prueba la hipótesis de que un determinado constructo está compuesto por un conjunto de dimensiones o factores latentes que lo definen. Los modelos de AFC permiten contrastar la validez ajustando un modelo que la asuma y diagnosticando su bondad de ajuste (validación de

constructo). En este modelo, cada ítem satura únicamente sobre el factor-dimensión del que se supone que constituye un indicador válido.

En el AFC se realizan una serie de fases comunes al conjunto de procedimientos que operan con ecuaciones estructurales (Figura 7).

Figura 7
Fases de ejecución del Análisis Factorial Confirmatorio

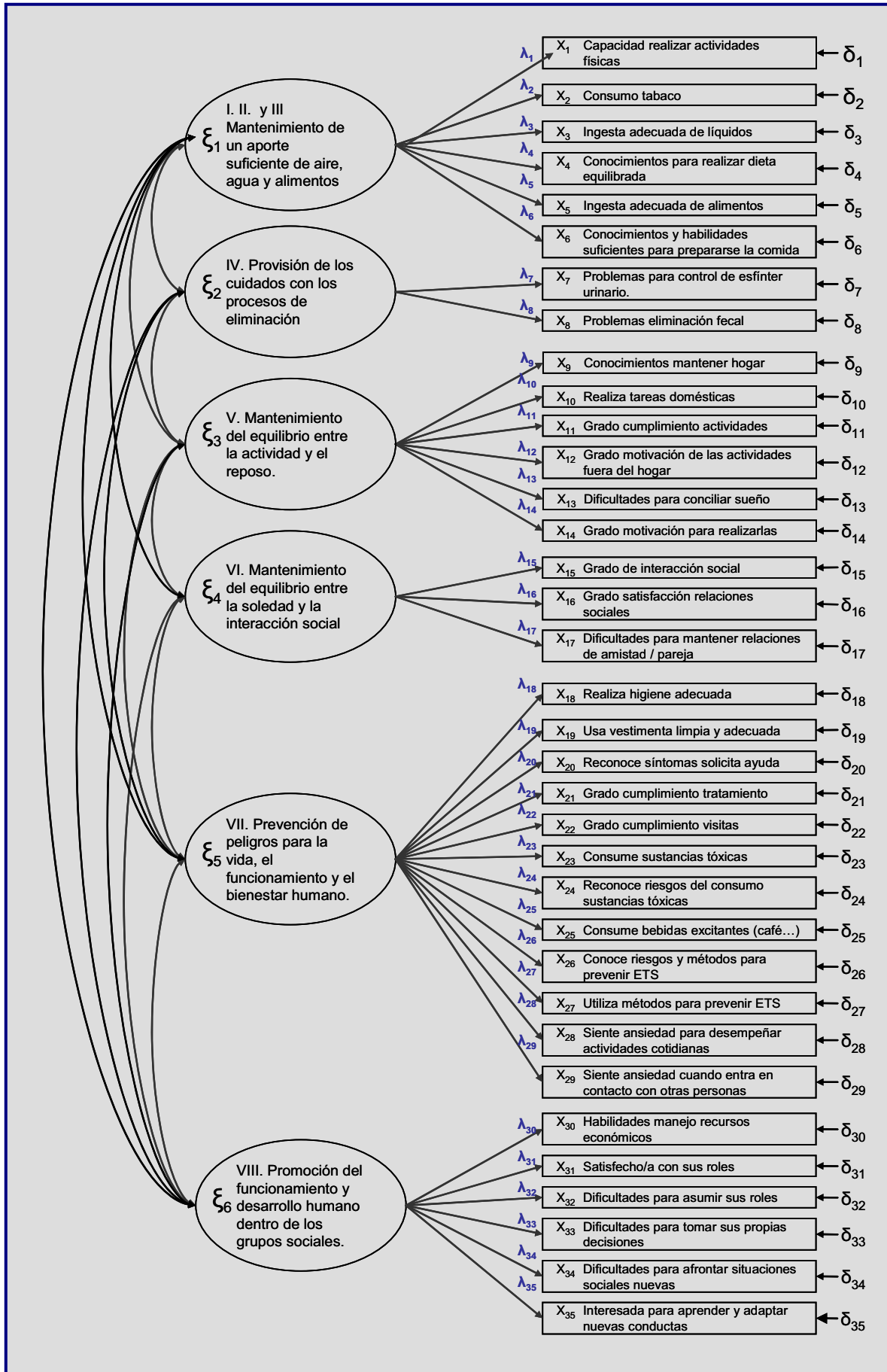


Fuente: Rial, A., Varela, J., Abalo, J., & Lévy, J. P. (2006). El análisis factorial confirmatorio. In J. P. Lévy, & J. Varella (Eds.), Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales (pp. 119-154). España: Gesbiblo, S.L.

Especificación del modelo

Se ha partido de un modelo a priori, fundamentado en razones teóricas en el que los requisitos de autocuidado quedan definidos por 6 variables latentes o factores y 35 indicadores o ítems, tal y como se ha descrito detalladamente en el apartado de metodología (construcción del cuestionario ERA – Estructura conceptual que lo sustenta (factores o dimensiones) y estructura empírica (ítems). (Figura 8)

Figura 8
Especificación del modelo con 6 factores y 35 indicadores



La expresión matricial se representa en la Figura 9.

Figura 9
Expresión matricial de la ERA

$$\begin{array}{ccccccc}
 \begin{array}{c} \mathbf{X}_1 \\ \mathbf{X}_2 \\ \mathbf{X}_3 \\ \mathbf{X}_4 \\ \mathbf{X}_5 \\ \mathbf{X}_6 \\ \mathbf{X}_7 \\ \mathbf{X}_8 \\ \mathbf{X}_9 \\ \mathbf{X}_{10} \\ \mathbf{X}_{11} \\ \mathbf{X}_{12} \\ \mathbf{X}_{13} \\ \mathbf{X}_{14} \\ \mathbf{X}_{15} \\ \mathbf{X}_{16} \\ \mathbf{X}_{17} \\ \mathbf{X}_{18} \\ \mathbf{X}_{19} \\ \mathbf{X}_{20} \\ \mathbf{X}_{21} \\ \mathbf{X}_{22} \\ \mathbf{X}_{23} \\ \mathbf{X}_{24} \\ \mathbf{X}_{25} \\ \mathbf{X}_{26} \\ \mathbf{X}_{27} \\ \mathbf{X}_{28} \\ \mathbf{X}_{29} \\ \mathbf{X}_{30} \\ \mathbf{X}_{31} \\ \mathbf{X}_{32} \\ \mathbf{X}_{33} \\ \mathbf{X}_{34} \\ \mathbf{X}_{35} \end{array} & = & \begin{array}{cccccc}
 \lambda_1 & 0 & 0 & 0 & 0 & 0 \\
 \lambda_2 & 0 & 0 & 0 & 0 & 0 \\
 \lambda_3 & 0 & 0 & 0 & 0 & 0 \\
 \lambda_4 & 0 & 0 & 0 & 0 & 0 \\
 \lambda_5 & 0 & 0 & 0 & 0 & 0 \\
 \lambda_6 & 0 & 0 & 0 & 0 & 0 \\
 0 & \lambda_7 & 0 & 0 & 0 & 0 \\
 0 & \lambda_8 & 0 & 0 & 0 & 0 \\
 0 & 0 & \lambda_9 & 0 & 0 & 0 \\
 0 & 0 & \lambda_{10} & 0 & 0 & 0 \\
 0 & 0 & \lambda_{11} & 0 & 0 & 0 \\
 0 & 0 & \lambda_{12} & 0 & 0 & 0 \\
 0 & 0 & \lambda_{13} & 0 & 0 & 0 \\
 0 & 0 & \lambda_{14} & 0 & 0 & 0 \\
 0 & 0 & 0 & \lambda_{15} & 0 & 0 \\
 0 & 0 & 0 & \lambda_{16} & 0 & 0 \\
 0 & 0 & 0 & \lambda_{17} & 0 & 0 \\
 0 & 0 & 0 & 0 & \lambda_{18} & 0 \\
 0 & 0 & 0 & 0 & \lambda_{19} & 0 \\
 0 & 0 & 0 & 0 & \lambda_{20} & 0 \\
 0 & 0 & 0 & 0 & \lambda_{21} & 0 \\
 0 & 0 & 0 & 0 & \lambda_{22} & 0 \\
 0 & 0 & 0 & 0 & \lambda_{23} & 0 \\
 0 & 0 & 0 & 0 & \lambda_{24} & 0 \\
 0 & 0 & 0 & 0 & \lambda_{25} & 0 \\
 0 & 0 & 0 & 0 & \lambda_{26} & 0 \\
 0 & 0 & 0 & 0 & \lambda_{27} & 0 \\
 0 & 0 & 0 & 0 & \lambda_{28} & 0 \\
 0 & 0 & 0 & 0 & \lambda_{29} & 0 \\
 0 & 0 & 0 & 0 & 0 & \lambda_{30} \\
 0 & 0 & 0 & 0 & 0 & \lambda_{31} \\
 0 & 0 & 0 & 0 & 0 & \lambda_{32} \\
 0 & 0 & 0 & 0 & 0 & \lambda_{33} \\
 0 & 0 & 0 & 0 & 0 & \lambda_{34} \\
 0 & 0 & 0 & 0 & 0 & \lambda_{35}
 \end{array} & \begin{array}{c} \xi_1 \\ \xi_2 \\ \xi_3 \\ \xi_4 \\ \xi_5 \\ \xi_6 \end{array} & + & \begin{array}{c} \delta_1 \\ \delta_2 \\ \delta_3 \\ \delta_4 \\ \delta_5 \\ \delta_6 \\ \delta_7 \\ \delta_8 \\ \delta_9 \\ \delta_{10} \\ \delta_{11} \\ \delta_{12} \\ \delta_{13} \\ \delta_{14} \\ \delta_{15} \\ \delta_{16} \\ \delta_{17} \\ \delta_{18} \\ \delta_{19} \\ \delta_{20} \\ \delta_{21} \\ \delta_{22} \\ \delta_{23} \\ \delta_{24} \\ \delta_{25} \\ \delta_{26} \\ \delta_{27} \\ \delta_{28} \\ \delta_{29} \\ \delta_{30} \\ \delta_{31} \\ \delta_{32} \\ \delta_{33} \\ \delta_{34} \\ \delta_{35} \end{array} \\
 \mathbf{X} & & \boldsymbol{\lambda} & \boldsymbol{\xi} & & \boldsymbol{\delta}
 \end{array}$$

Para especificar completamente el modelo se han incluido las matrices relativas a la correlación entre factores y la correlación entre errores de medida (Figura 10)

Figura 10
Matrices de la escala ERA: correlación entre factores y errores de medida

$$\Phi = \begin{pmatrix} \varphi_{11} \\ \varphi_{21} \varphi_{22} \\ \varphi_{31} \varphi_{32} \varphi_{33} \\ \varphi_{41} \varphi_{42} \varphi_{43} \varphi_{44} \\ \varphi_{51} \varphi_{52} \varphi_{53} \varphi_{54} \varphi_{55} \\ \varphi_{61} \varphi_{62} \varphi_{63} \varphi_{64} \varphi_{65} \varphi_{66} \end{pmatrix} \quad \Phi = \begin{pmatrix} \delta_1 \\ 0 \delta_2 \\ 00 \delta_3 \\ 000 \delta_4 \\ 0000 \delta_5 \\ 00000 \delta_6 \\ 000000 \delta_7 \\ 0000000 \delta_8 \\ 00000000 \delta_9 \\ 000000000 \delta_{10} \\ 0000000000 \delta_{11} \\ 00000000000 \delta_{12} \\ 000000000000 \delta_{13} \\ 0000000000000 \delta_{14} \\ 00000000000000 \delta_{15} \\ 000000000000000 \delta_{16} \\ 0000000000000000 \delta_{17} \\ 00000000000000000 \delta_{18} \\ 000000000000000000 \delta_{19} \\ 00000000000009000000 \delta_{20} \\ 00000000000000000000 \delta_{21} \\ 000000000000000000000 \delta_{22} \\ 0000000000000000000000 \delta_{23} \\ 00000000000000000000000 \delta_{24} \\ 000000000000000000000000 \delta_{25} \\ 000000000000000000000000 \delta_{26} \\ 000000000000000000000000 \delta_{27} \\ 000000000000000000000000 \delta_{28} \\ 000000000000000000000000 \delta_{29} \\ 000000000000000000000000 \delta_{30} \\ 000000000000000000000000 \delta_{31} \\ 000000000000000000000000 \delta_{32} \\ 000000000000000000000000 \delta_{33} \\ 000000000000000000000000 \delta_{34} \\ 000000000000000000000000 \delta_{35} \end{pmatrix}$$

Todas estas matrices dan lugar a las ecuaciones factoriales.

Las ecuaciones factoriales del modelo fueron las siguientes:

$$\begin{array}{lll}
 X_1 = \lambda_1 \xi_1 + \delta_1 & X_{12} = \lambda_{12} \xi_3 + \delta_{12} & X_{24} = \lambda_{24} \xi_5 + \delta_{24} \\
 X_2 = \lambda_2 \xi_1 + \delta_2 & X_{13} = \lambda_{13} \xi_3 + \delta_{13} & X_{25} = \lambda_{25} \xi_5 + \delta_{25} \\
 X_3 = \lambda_3 \xi_1 + \delta_3 & X_{14} = \lambda_{14} \xi_3 + \delta_{14} & X_{26} = \lambda_{26} \xi_5 + \delta_{26} \\
 X_4 = \lambda_4 \xi_1 + \delta_4 & X_{15} = \lambda_{15} \xi_4 + \delta_{15} & X_{27} = \lambda_{27} \xi_5 + \delta_{27} \\
 X_5 = \lambda_5 \xi_1 + \delta_5 & X_{16} = \lambda_{16} \xi_4 + \delta_{16} & X_{28} = \lambda_{28} \xi_5 + \delta_{28} \\
 X_6 = \lambda_6 \xi_1 + \delta_6 & X_{17} = \lambda_{17} \xi_4 + \delta_{17} & X_{29} = \lambda_{29} \xi_5 + \delta_{29} \\
 X_7 = \lambda_7 \xi_2 + \delta_7 & X_{18} = \lambda_{18} \xi_5 + \delta_{18} & X_{30} = \lambda_{30} \xi_6 + \delta_{30} \\
 X_8 = \lambda_8 \xi_2 + \delta_8 & X_{19} = \lambda_{19} \xi_5 + \delta_{19} & X_{31} = \lambda_{31} \xi_6 + \delta_{31} \\
 X_9 = \lambda_9 \xi_3 + \delta_9 & X_{20} = \lambda_{20} \xi_5 + \delta_{20} & X_{32} = \lambda_{32} \xi_6 + \delta_{32} \\
 X_{10} = \lambda_{10} \xi_3 + \delta_{10} & X_{21} = \lambda_{21} \xi_5 + \delta_{21} & X_{33} = \lambda_{33} \xi_6 + \delta_{33} \\
 X_{11} = \lambda_{11} \xi_3 + \delta_{11} & X_{22} = \lambda_{22} \xi_5 + \delta_{22} & X_{34} = \lambda_{34} \xi_6 + \delta_{34} \\
 & X_{23} = \lambda_{23} \xi_5 + \delta_{23} & X_{35} = \lambda_{35} \xi_6 + \delta_{35}
 \end{array}$$

Identificación del modelo

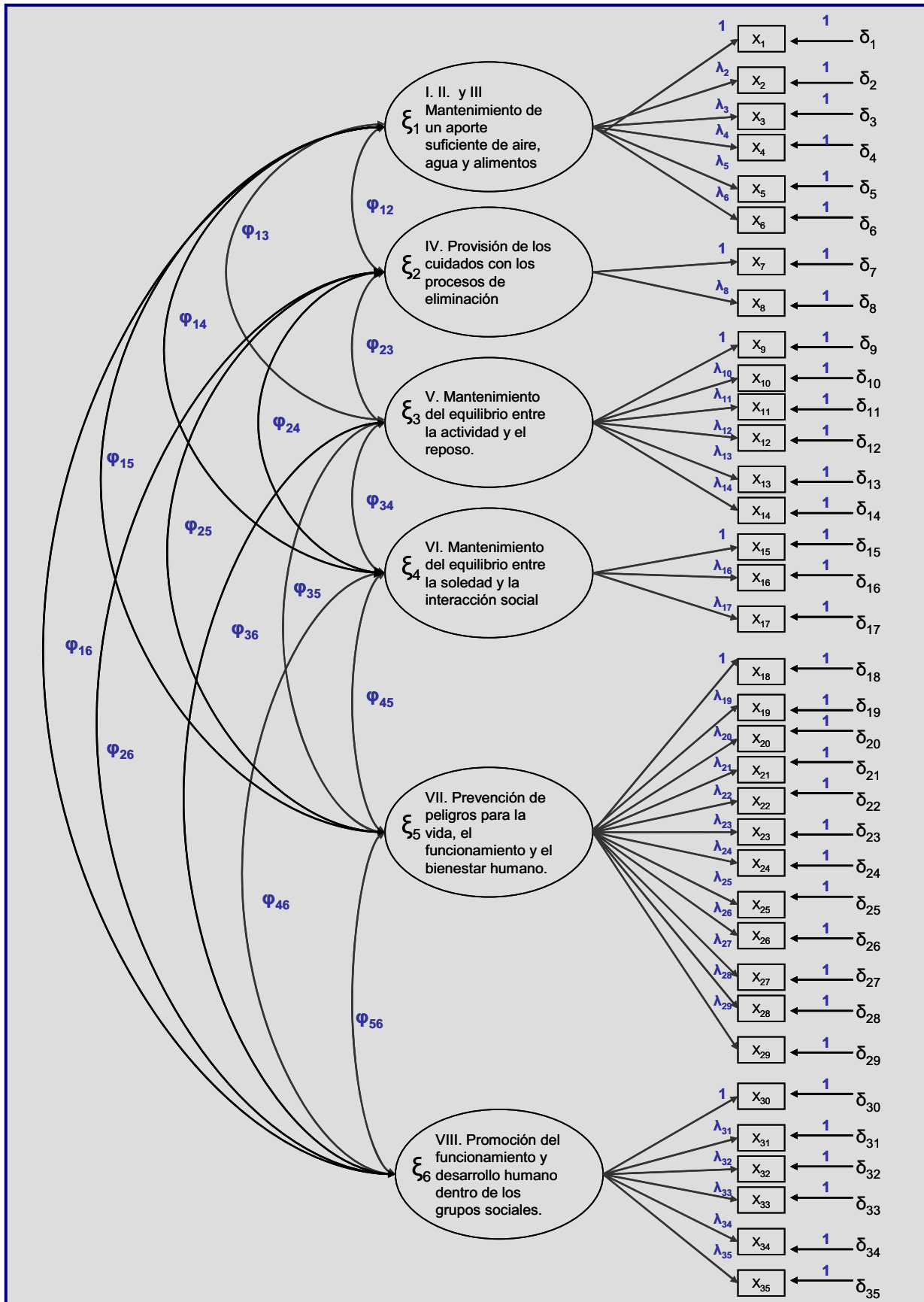
Una primera condición necesaria, aunque no suficiente para la identificación es la llamada regla t según la cual, el número de parámetros a estimar ha de ser igual o inferior al número de momentos (m) no redundantes de la matriz Σ :

$$t \leq p(p + 1) / 2$$

t es el número de parámetros libres
p es el número de variables observables

La matriz muestral consta de $p(p + 1) / 2 = (35 \times 36) / 2 = 630$ m, y los parámetros libres a estimar son $t = 85$ (29 λ , 21 ϕ , 35 δ). Los grados de libertad del modelo serán $m - t = 630 - 85 = 545$, por lo que el modelo está sobreidentificado (Figura 11).

Figura 11
Identificación del modelo con 6 factores y 35 indicadores



Las otras condiciones que se requieren también se cumplen: existen al menos 2 indicadores por variable latente, los errores no están correlacionados y hay un solo elemento distinto de 0 en cada fila de la matriz de los indicadores.

Estimación de los parámetros

Se empleó la estimación de los parámetros del modelo mediante el método de Mínimos Cuadrados Generalizados (GLS). Este método tiene las mismas propiedades que el método de máxima verosimilitud, aunque bajo consideraciones de normalidad multivariable menos rigurosas, utilizándose sobre todo para los ítems de nivel de medida ordinal (Manuel Batista-Foguet, Coenders, & Alonso, 2004; Rial et al., 2006).

Evaluación del ajuste del modelo

Para evaluar el modelo no existe una medida única o conjunto de ellas generalmente aceptadas para determinar la bondad de ajuste. Bollen y Long, entre otros, presentan diversos puntos de vista y recomendaciones al respecto (Bollen & Long, 1993).

Se utilizó como indicador de la bondad de ajuste la prueba de Chi-cuadrado, de manera que una prueba no significativa indicaría un buen ajuste. Este indicador depende del tamaño de la muestra, de manera que es muy potente con muestras grandes y puede detectar diferencias significativas aún cuando el modelo se ajuste bien a los datos. Por este motivo, se proponen medidas de ajuste alternativas para solventar el problema de la sensibilidad de la Chi-cuadrado al tamaño muestral, recomendándose la evaluación complementaria de tres tipologías de índice de ajuste global. En esta investigación se calcularon las siguientes medidas:

Índices de ajuste absoluto: se refieren al grado en que un modelo hipotetizado es capaz de reproducir los datos muestrales y determinan el grado en el que el modelo predice, a partir de los

parámetros estimados, la matriz de covarianzas observadas. En este estudio se utilizó el índice GFI (Goodness-of-fit Index) y el RMSE (Root Mean Standard Error). El índice GFI, propuesto por Jöreskog y Sörbom, no depende del tamaño de la muestra, oscilando entre 0 y 1. Se consideran como modelos adecuados los que tienen un índice GFI próximo a 0,90 y un índice RMSE con valores comprendidos entre 0 y 0,05, y modelos aceptables cuando los valores de este índice están entre 0,05 y 0,08 (Browne & Cudeck, 1993).

- **Índices de ajuste incremental:** comparan el ajuste global del modelo propuesto con un modelo de referencia, habitualmente un modelo nulo en el que no se especifica ninguna relación entre las variables. En este estudio se utilizó el índice AGFI (Adjusted Goodness-of-fit Index) propuesto por Jöreskog y Sörbom, y los índices BBNFI (Bentler Bonnet Normed Fit Index) y BBNNFI (Bentler Bonnet Non Normed Fit Index), que no dependen del tamaño de la muestra. Estos índices oscilan entre 0 y 1, y se consideran como modelos adecuados los que tienen un índice próximo a 0,90.

- **Índices de parsimonia:** ponen en relación el ajuste alcanzado con el número de parámetros libres del modelo. En este estudio se ha utilizado la Chi-cuadrado normalizada, definida como el ratio entre el valor de la Chi-cuadrado y el número de grados de libertad. Valores entre 2 y 6 se consideran aceptables.

Análisis de la fiabilidad del modelo

Los modelos de medida basados en estructuras de covarianzas tienen unos índices de fiabilidad complementarios, que permiten evaluar los componentes que integran la estructura factorial del modelo. La fiabilidad compuesta de cada

constructo informa de la consistencia interna en la medición del constructo. Se puede calcular a partir de la siguiente expresión:

$$\text{Fiabilidad de constructo } (\rho_{xx}) = \frac{(\sum \lambda_j^s)^2}{(\sum \lambda_j^s)^2 + \sum \varepsilon_j}$$

Donde λ^s representa los coeficientes estandarizados de cada indicador del constructo y ε_j el error de medida asociado a los indicadores. Este índice se calculó para cada constructo, siendo recomendable que el valor obtenido sea igual o superior a 0,70. Cuanto mayor sea la fiabilidad del constructo, mayor será la consistencia interna de sus indicadores.

5.9.5. Baremación

La obtención de baremos sirve para comparar la puntuación directa obtenida en el cuestionario con las que obtienen las personas donde se barema el test o cuestionario (grupo normativo). En este estudio se calcularon los baremos centiles que consisten en asignar a cada posible puntuación directa un valor (en una escala de 1 a 100) que se denomina percentil y que indican el porcentaje de sujetos del grupo normativo que obtienen puntuaciones iguales o inferiores a las correspondientes directas.

Se baremó según la edad, el sexo y los años de evolución de la enfermedad.

También la puntuación obtenida en cada subescala del cuestionario se utilizó para la baremación de la escala en puntuaciones típicas T, de media 50 y desviación típica 10. Esto permite una mejor interpretación de los resultados ya que la puntuación T indica la distancia en unidades típicas por encima o por debajo de la media 50.

Primero se calcularon las puntuaciones típicas (Z) que indican el número de desviaciones típicas (S_x) que un sujeto se separa de la media de su grupo de referencia, y se calculan aplicando la siguiente transformación sobre las puntuaciones directas:

$$Z = \frac{X - \bar{X}}{S_x}$$

Debido a que puede resultar que a un sujeto se reasignen puntuaciones con decimales y que pueden ser negativas se utilizaron las puntuaciones T:

$$T = 50 + 10 Z$$

Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS para windows (SPSS versión 15.0; SPSS inc, Chicago, IL, USA) y el EQS versión 6.1 para el análisis factorial confirmatorio y se consideraron como significativos valores de $p < 0,05$.

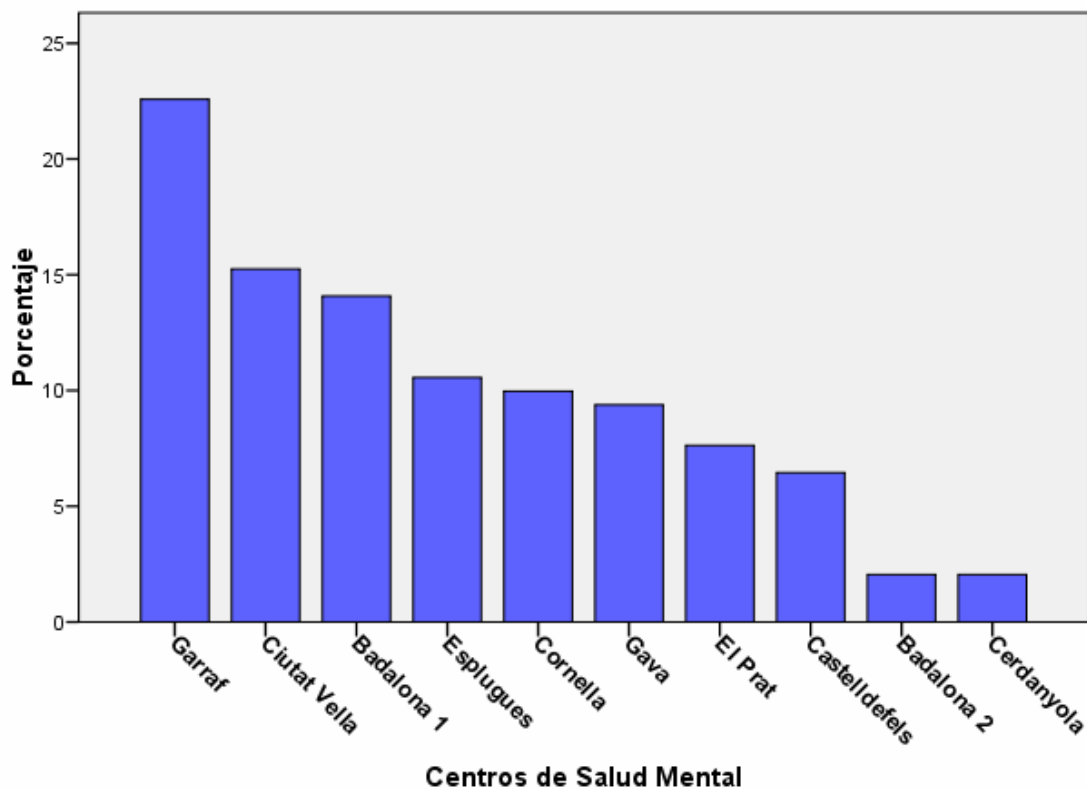
VI. Resultados

VI. Resultados

6.1. Descripción de la muestra de estudio.

Se incluyeron en el estudio 341 pacientes pertenecientes a 10 CSM de 9 municipios de la provincia de Barcelona. La distribución de la población de estudio según el centro al que pertenecía se representa en la figura 12.

Figura 12
Distribución de los pacientes según el centro de origen



En la tabla 11 se describen las principales características sociodemográficas y clínicas de la muestra de estudio. Tal y como se puede observar la media de edad fue de 45,5 años (DE 11,6), siendo el 66,9% hombres. Un 66,9% estaban solteros y un 12,3% casados en el momento del estudio. El 70,6% tenían estudios primarios y/o secundarios, un 19,1% era analfabeto o tan sólo sabía leer y escribir, y sólo el 2,6% tenía estudios universitarios. Respecto a la

situación laboral el 66,6% estaba en situación de invalidez y tan sólo un 7,6% estaba con un trabajo activo en el momento del estudio. El 44,9% estaba con tratamiento farmacológico oral y parenteral y sólo un 2,1% no tenía tratamiento pautado o no quería tomarlo. La media de años de evolución de la enfermedad era de 17,9 años (DE 9,4). El 88,0% tenían una puntuación inferior o igual a 50 en la escala GAF. El 54,3% presentaba un diagnóstico de Esquizofrenia de Tipo paranoide y un 19,6 % de Esquizofrenia de Tipo residual (Figura 13).

Figura 13
Clasificación de los pacientes según el diagnóstico clínico

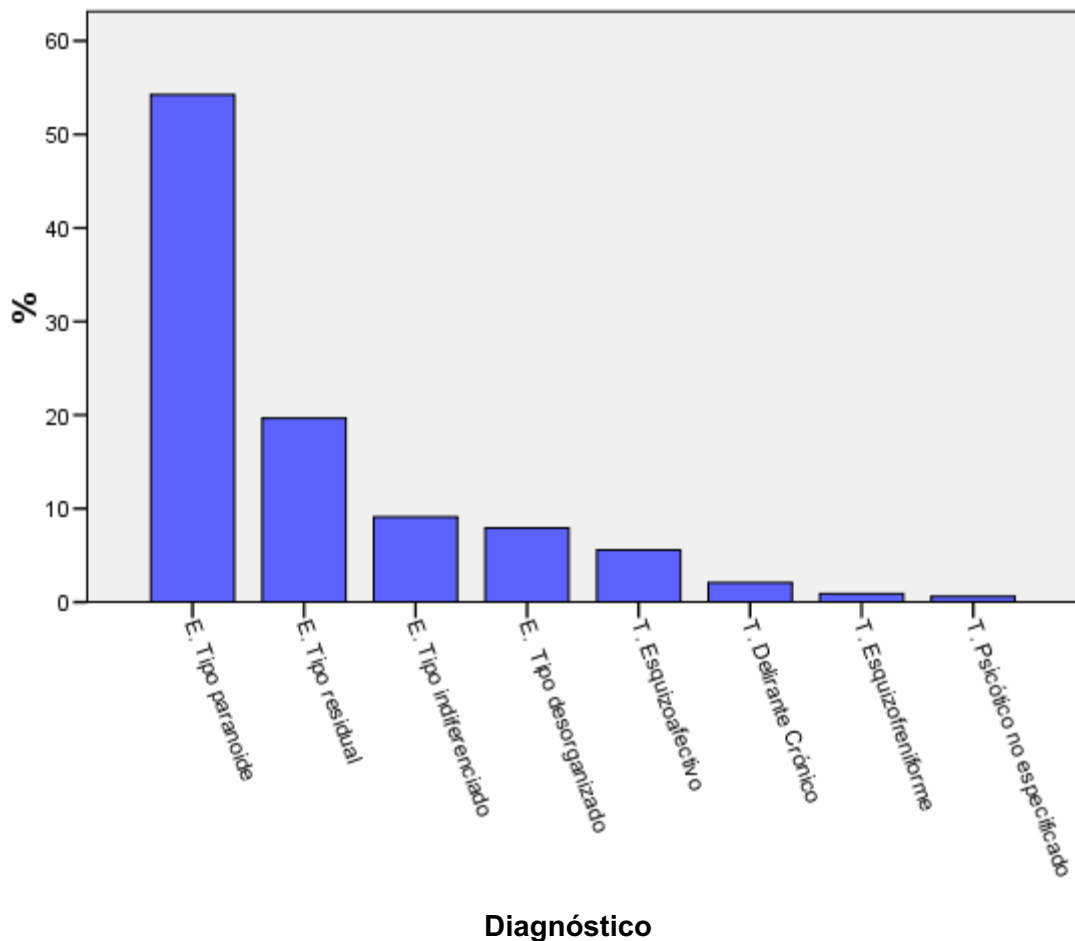


Tabla 11
Características sociodemográficas y clínicas de la muestra de estudio (n= 341)

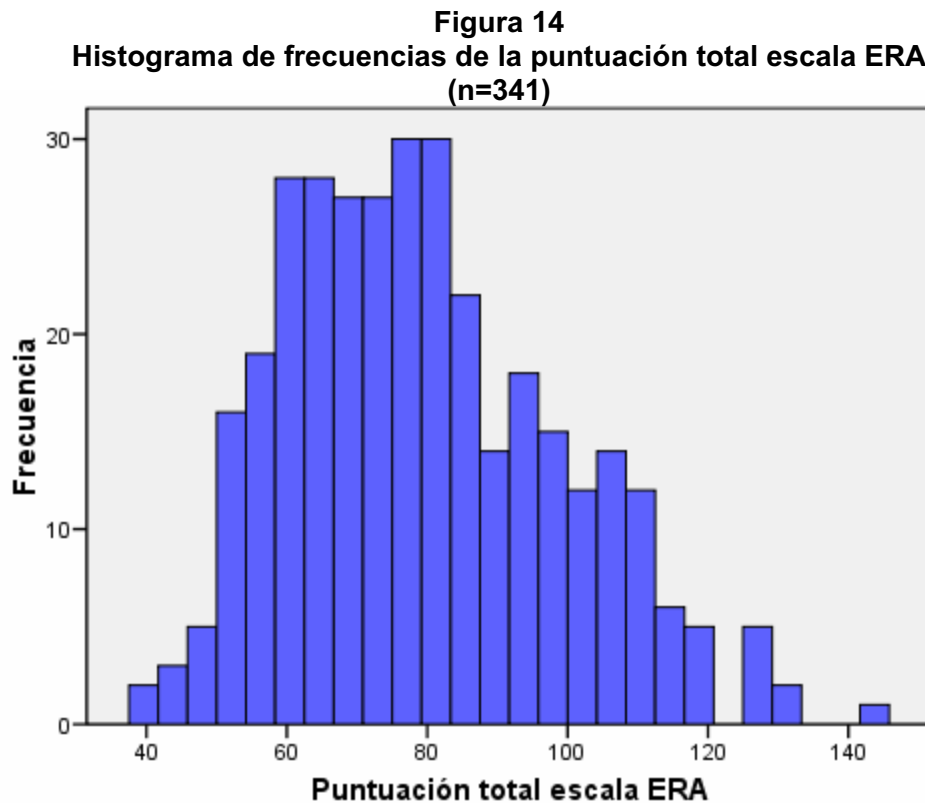
	n	%
Edad media (años)	45,5 (DE 11,6)	
Sexo		
hombre	228	66,9
mujer	113	33,1
Estado civil		
soltero/a	228	66,9
casado/a	42	12,3
separado/a	30	8,8
divorciado/a	10	2,9
viudo/a	15	4,4
NS/NC	16	4,7
Nivel de estudios		
analfabeto	6	1,8
estudios primarios no completos	59	17,3
estudios primarios y/o secundarios	241	70,6
estudios universitarios	9	2,6
NS/NC	26	7,7
Situación laboral		
trabajo activo	26	7,6
jubilación	14	4,1
paro	25	7,3
baja médica	5	1,5
sus labores	28	8,2
invalidez	227	66,6
NS/NC	16	4,7
Medicación		
sólo toma medicación oral	116	34,0
toma medicación oral más parenteral	157	46,0
sólo toma medicación parenteral	61	17,9
no tiene pautado medicación	4	1,2
tiene pautado medicación pero no se la toma	3	0,9
Años de evolución	17,9 (DE 9,4)	
GAF		
menor o igual a 50	266	88,0
mayor que 50	75	22,0
Total	341	100

DE: Desviación Estándar

GAF: Escala de Funcionamiento Global

6.2 Análisis descriptivo de los ítems

La media de la puntuación total de la escala ERA en los 341 pacientes fue de 79,44 (DE 19,6) con una mediana de 77, siendo el valor mínimo obtenido de 38 y el valor máximo de 145. En la figura 14 se representa su histograma de frecuencias observándose que la distribución es mesocúrtica pero con una asimetría positiva.



En la tabla 12 se muestran los resultados de los 35 ítems de la escala ERA. Se ofrecen los valores de tendencia central, variabilidad, asimetría, curtosis y el porcentaje de respuesta mínima y máxima para cada uno de ellos. Lo más destacable es la asimetría existente en la práctica totalidad de los ítems de la escala, siendo positiva a excepción del ítem 2 (Consumo de tabaco). También se observa una curtosis negativa en la mayoría de los ítems, destacando el ítem 22 con una fuerte curtosis positiva (grado de cumplimiento de las visitas de seguimiento). Esto puede ser normal debido a que estos pacientes que están siendo tratados a nivel comunitario, son buenos cumplidores con el tratamiento.

Tabla 12
Estadísticos descriptivos de los ítems de la escala ERA

Resumen de los contenidos de los ítems		Media	DE	Mediana	Curtosis	Asimetría	% Respuesta mínima	% Respuesta máxima
P1	Capacidad de realizar actividades físicas	1,71	0,93	1	0,91	1,27	53,7	0,6
P2	Consumo de tabaco	3,28	1,85	4	-1,77	-0,33	37,2	46,6
P3	Aporte adecuado de líquidos	2,38	1,35	2	-0,66	0,70	33,7	12,6
P4	Conocimientos para realizar dieta equilibrada	2,47	1,25	2	-0,93	0,40	28,7	6,7
P5	Aporte adecuado de alimentos según necesidades	2,66	1,27	3	-0,99	0,30	22,3	10,0
P6	Posee los conocimientos para prepararse la comida	2,58	1,29	2	-1,10	0,29	27,6	8,2
P7	Dificultades control de esfínteres urinario	1,62	1,18	1	1,71	1,76	73,9	5,0
P8	Dificultades control de esfínteres fecal	1,66	1,05	1	0,66	1,39	65,4	0,9
P9	Conocimientos para mantener un hogar saludable	2,01	1,14	2	-0,37	0,83	46,3	2,6
P10	Realiza las tareas domésticas	2,25	1,29	2	-0,80	0,65	40,5	6,5
P11	Grado de motivación para realizar las tareas	2,28	1,30	2	-0,86	0,63	38,7	6,7
P12	Grado de cumplimiento de las actividades fuera del hogar	2,21	1,31	2	-0,66	0,74	42,8	7,6
P13	Grado de motivación para realizar las actividades	2,23	1,32	2	-0,75	0,72	41,9	7,6
P14	Dificultades para conciliar el sueño	2,06	1,33	1	-0,42	0,94	51,6	7,6
P15	Grado de interacción social	2,16	1,13	2	-0,88	0,55	37,8	1,5
P16	Grado de satisfacción de las relaciones	2,16	1,20	2	-0,66	0,71	39,6	3,5
P17	Dificultades para mantener las relaciones	2,41	1,31	2	-1,06	0,46	33,7	6,7
P18	Realiza higiene adecuada	2,31	1,36	2	-0,88	0,64	40,5	9,4
P19	Utilización de la vestimenta adecuada	2,00	1,20	2	-0,16	0,98	48,4	4,4
P20	Reconoce los síntomas de enfermedad y solicita ayuda	2,65	1,33	2	-1,10	0,29	25,2	10,9
P21	Grado de cumplimiento farmacológico	1,80	1,04	1	0,41	1,13	55,1	2,1
P22	Grado de cumplimiento de las visitas de seguimiento	1,25	,62	1	6,45	2,64	83,6	0,0
P23	Consume sustancias tóxicas	2,03	1,38	1	-0,24	1,06	55,4	10,6
P24	Reconoce los riesgos del consumo de sustancias tóxicas	2,58	1,23	2	-0,83	0,39	21,7	8,2
P25	Consume bebidas excitantes	2,53	1,25	2	-0,73	0,51	23,8	9,7
P26	Conoce los riesgos y métodos para prevenir ETS	2,26	1,49	2	-0,75	0,85	45,7	16,4
P27	Utiliza métodos para prevenir ETS	2,06	1,42	1	-0,39	1,03	55,4	11,7
P28	Siente ansiedad para desempeñar actividades de la vida diaria	2,59	1,37	2	-1,23	0,29	30,8	10,3
P29	Ansiedad cuando se encuentra con otras personas	2,24	1,20	2	-0,75	0,56	37,2	4,1
P30	Habilidades para manejar sus recursos económicos	2,77	1,57	3	-1,51	0,21	32,8	22,0
P31	Satisfecha con el desarrollo de sus roles	2,31	1,31	2	-0,68	0,69	36,1	8,8
P32	Dificultades para asumir sus roles	2,62	1,26	2	-1,07	0,27	23,5	7,6
P33	Dificultades para tomar sus propias decisiones	2,37	1,21	2	-0,84	0,49	30,8	5,0
P34	Capacidad de afrontar situaciones sociales nuevas	2,29	1,43	2	-1,06	0,64	46,0	10,0
P35	Persona motivada para aprender nuevas conductas saludables	2,66	1,53	2	-1,41	0,33	33,4	18,2

ERA: Escala de Requisitos de Autocuidado;

DE: Desviación Estándar

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

6.3 Análisis de la fiabilidad

6.3.1. Análisis de la consistencia interna.

Se incluyeron 341 pacientes, a los que se les realizó la primera entrevista con la escala ERA.

El coeficiente de consistencia interna de alfa de Cronbach para el total de la escala fue de 0,87 y para cada dimensión se obtuvieron valores superiores a 0,70 en tres de las 6 dimensiones de la escala ERA. También se calcularon los valores del alfa excluyendo cada ítem o pregunta de la escala, no observándose que la exclusión de ninguna pregunta mejorase la consistencia interna de la escala total de forma relevante. (Tabla 13).

El coeficiente de homogeneidad de los ítems para cada dimensión o subescala se presenta en la tabla 14, obteniéndose valores superiores a 0,20 en todas ellas, excepto en la dimensión 2 (provisión de cuidados asociados a los procesos de eliminación), con un coeficiente de homogeneidad de 0,160.

.

Tabla 13
Coefficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) de la Escala ERA

Contenido de los ítems resumidos		Alfa de Cronbach		
		Total subescala	Total subescala sin ítem	Total escala sin ítem
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos		,450		
P1	Capacidad de realizar actividades físicas		,425	,871
P2	Consumo de tabaco		,465	,876
P3	Aporte adecuado de líquidos		,405	,874
P4	Conocimientos para realizar dieta equilibrada		,392	,869
P5	Aporte adecuado de alimentos según necesidades		,358	,870
P6	Posee los conocimientos para prepararse la comida		,358	,869
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación		,100		
P7	Dificultades control de esfínteres urinario		,100	,874
P8	Dificultades control de esfínteres fecal		,100	,877
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo		,807		
P9	Conocimientos para mantener un hogar saludable		,779	,867
P10	Realiza las tareas domésticas		,742	,865
P11	Grado de motivación para realizar las tareas		,747	,865
P12	Grado de cumplimiento de las actividades fuera del hogar		,782	,868
P13	Grado de motivación para realizar las actividades		,769	,866
P14	Dificultades para conciliar el sueño		,830	,870
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social		,807		
P15	Grado de interacción social		,644	,867
P16	Grado de satisfacción de las relaciones		,855	,868
P17	Dificultades para mantener las relaciones		,688	,869
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.		,711		
P18	Realiza higiene adecuada		,657	,866
P19	Utilización de la vestimenta adecuada		,658	,866
P20	Reconoce los síntomas de enfermedad y solicita ayuda		,694	,871
P21	Grado de cumplimiento farmacológico		,685	,869
P22	Grado de cumplimiento de las visitas de seguimiento		,707	,873
P23	Consume sustancias tóxicas		,704	,873
P24	Reconoce los riesgos del consumo de sustancias tóxicas		,669	,870
P25	Consume bebidas excitantes		,725	,875
P26	Conoce los riesgos y métodos para prevenir ETS		,692	,873
P27	Utiliza métodos para prevenir ETS		,688	,871
P28	Siente ansiedad para desempeñar actividades de la vida diaria		,720	,871
P29	Ansiedad cuando se encuentra con otras personas		,704	,869
Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.		,618		
P30	Habilidades para manejar sus recursos económicos		,605	,871
P31	Satisfecha con el desarrollo de sus roles		,548	,870
P32	Dificultades para asumir sus roles		,541	,871
P33	Dificultades para tomar sus propias decisiones		,529	,868
P34	Capacidad de afrontar situaciones sociales nuevas		,562	,869
P35	Motivada para aprender nuevas conductas saludables		,654	,872
Total Escala ERA		,873		

ERA: Escala de Requisitos de Autocuidado
ETS: Enfermedades de Transmisión sexual

Tabla 14
Correlación ítem – total de la escala ERA

Contenido de los ítems resumidos		Correlación ítem-total escala corregida (n=341)	Correlación ítem-subescala corregida
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos			,661
P1	Capacidad de realizar actividades físicas	,326	,173
P2	Consumo de tabaco	,193	,155
P3	Aporte adecuado de líquidos	,215	,209
P4	Conocimientos para realizar dieta equilibrada	,435	,234
P5	Aporte adecuado de alimentos según necesidades	,365	,293
P6	Posee los conocimientos para prepararse la comida	,420	,292
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación			,160
P7	Dificultades control de esfínteres urinario	,170	,051
P8	Dificultades control de esfínteres fecal	-,002	,051
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo			,746
P9	Conocimientos para mantener un hogar saludable	,544	,558
P10	Realiza las tareas domésticas	,601	,712
P11	Grado de motivación para realizar las tareas	,602	,689
P12	Grado de cumplimiento de las actividades fuera del hogar	,497	,541
P13	Grado de motivación para realizar las actividades	,547	,597
P14	Dificultades para conciliar el sueño	,386	,324
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social			,574
P15	Grado de interacción social	,548	,750
P16	Grado de satisfacción de las relaciones	,489	,533
P17	Dificultades para mantener las relaciones	,429	,700
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.			,774
P18	Realiza higiene adecuada	,579	,572
P19	Utilización de la vestimenta adecuada	,601	,596
P20	Reconoce los síntomas de enfermedad y solicita ayuda	,321	,336
P21	Grado de cumplimiento farmacológico	,436	,418
P22	Grado de cumplimiento de las visitas de seguimiento	,249	,238
P23	Consume sustancias tóxicas	,243	,272
P24	Reconoce los riesgos del consumo de sustancias tóxicas	,403	,514
P25	Consume bebidas excitantes	,141	,102
P26	Conoce los riesgos y métodos para prevenir ETS	,280	,356
P27	Utiliza métodos para prevenir ETS	,323	,377
P28	Siente ansiedad para desempeñar actividades de la vida diaria	,358	,166
P29	Ansiedad cuando se encuentra con otras personas	,427	,265
Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.			,697
P30	Habilidades para manejar sus recursos económicos	,371	,286
P31	Satisfecha con el desarrollo de sus roles	,386	,422
P32	Dificultades para asumir sus roles	,361	,444
P33	Dificultades para tomar sus propias decisiones	,482	,482
P34	Capacidad de afrontar situaciones sociales nuevas	,417	,379
P35	Motivada para aprender nuevas conductas saludables	,322	,160

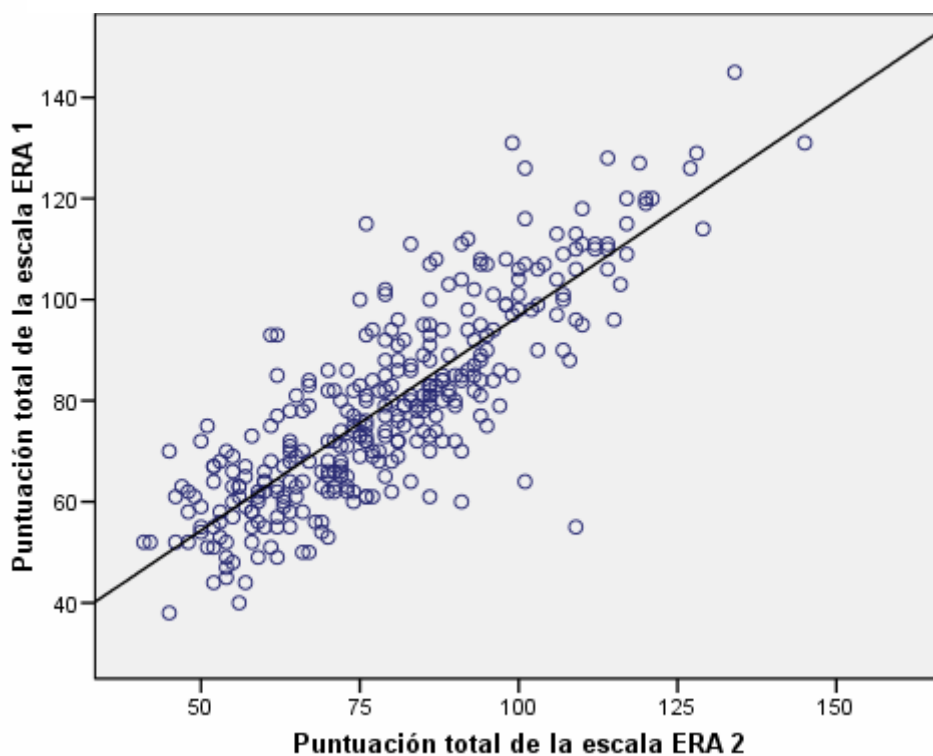
ERA: Escala de requisitos de autocuidado

6.3.2. Análisis test-retest.

De los 341 pacientes que participaron en el estudio, sólo a 328 de ellos se les realizó la segunda entrevista con la escala ERA. Los principales motivos por los que no acudieron a esta segunda entrevista fueron en 10 casos por que no desearon continuar en el estudio y en 3 casos por ingreso hospitalario. Finalmente se incluyeron para este análisis 328 pacientes que tenían las dos entrevistas realizadas con la escala ERA.

El coeficiente de correlación de Pearson entre las dos escalas fue de 0,828 ($p=0,01$) (Figura 15)

Figura 15
Análisis de correlación entre las puntuaciones totales de las dos escalas ERA



Posteriormente se calculó el Coeficiente de Correlación Intraclass (CCI) de la escala total y para cada una de las dimensiones. El CCI total fue de 0,90 y para

todas las dimensiones de la escala éste coeficiente también fue superior a 0,70. (Tabla 15).

Tabla 15

Escala ERA: Coeficiente de Correlación intraclase (CCI) test-retest

Requisitos de Autocuidado	CCI	IC 95%
Requisitos I, II y III. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos	0,858	0,823-0,885
Requisito IV. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación	0,815	0,770-0,851
Requisito V. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	0,832	0,791-0,865
Requisito VI. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social	0,748	0,687-0,797
Requisito VII. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	0,879	0,850-0,903
Requisito VIII. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.	0,723	0,780-0,858
TOTAL	0.906	0,883-0,924

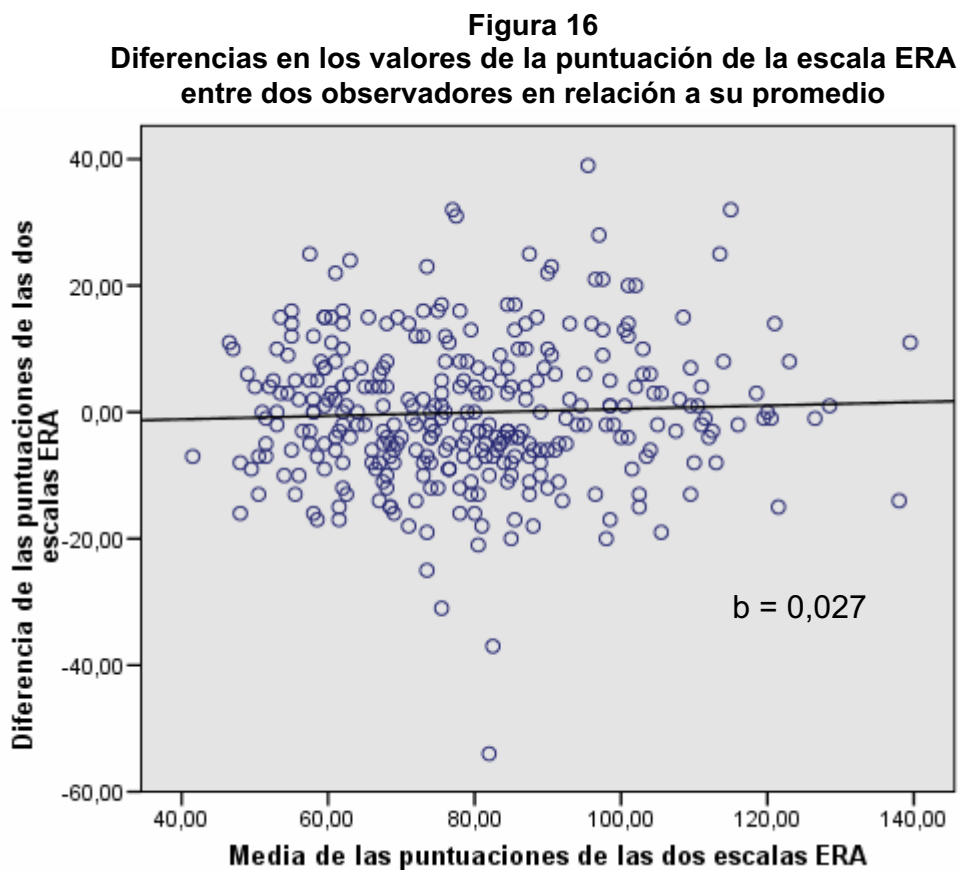
ERA: Escala de Requisitos de Autocuidado

CCI: Coeficiente de correlación intraclase

IC: Intervalo de confianza

En el método de Bland y Altman, se realizó primero una representación gráfica de las diferencias entre las puntuaciones de ambas escalas ERA en relación con su media (Figura 16). Este gráfico permitió observar que la magnitud de las diferencias entre las dos escalas era similar para todos los valores de la puntuación de la escala (representados por los promedios de ambas mediciones).

Según el procedimiento de Bradley-Blackwood en el análisis de regresión simple se obtuvo una $F = 0,641$ y una pendiente de $0,027$ ($p=0,424$).



En el análisis de las diferencias individuales se obtuvo una media de la variable diferencia entre las dos escalas ERA de $-0,067$ y una desviación estándar de $11,35$, donde la mayoría de las diferencias se situaron aproximadamente entre la media y dos desviaciones estándar de la variable diferencia (Figura 17).

En el gráfico que representa el histograma de las diferencias entre las dos medidas (Figura 18) se observa que aunque la segunda medida de la escala ERA presenta valores muy ligeramente superiores, prácticamente las diferencias son homogéneas, ajustándose la mayoría de todas ellas a los límites de concordancia ($-22,76$ y $22,64$), con una tendencia a la estabilidad.

Figura 17
Método de Bland y Altman: Diferencia de las puntuaciones frente a la media de las dos escalas ERA

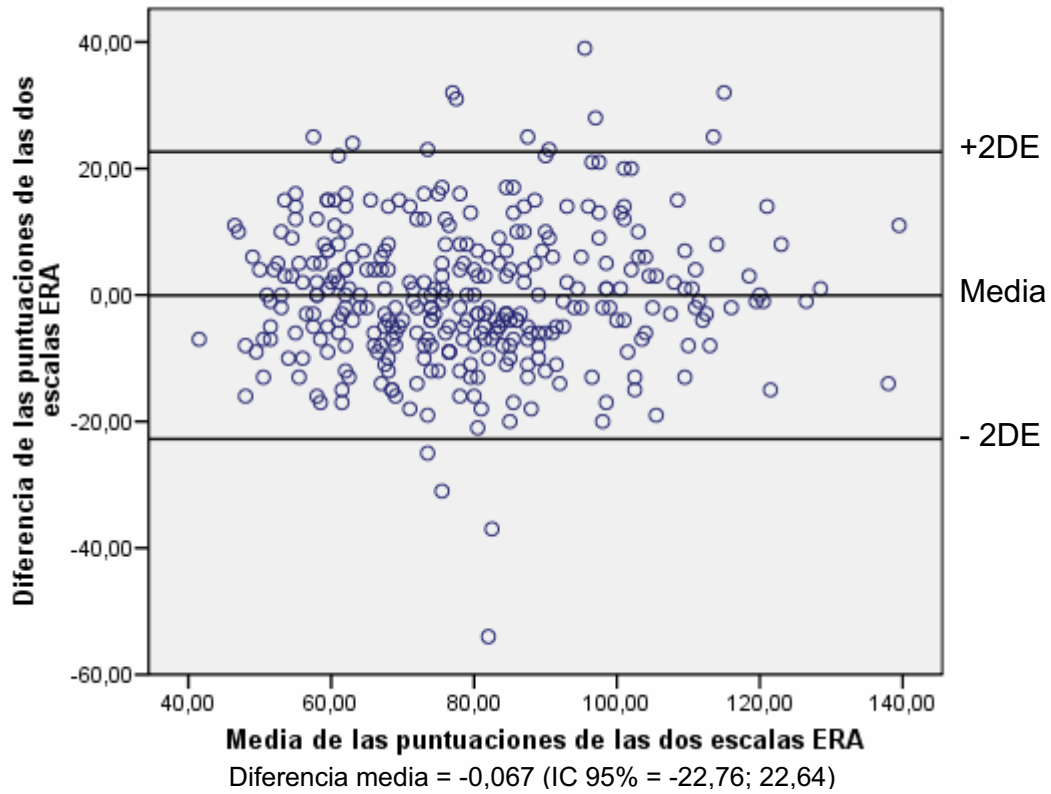
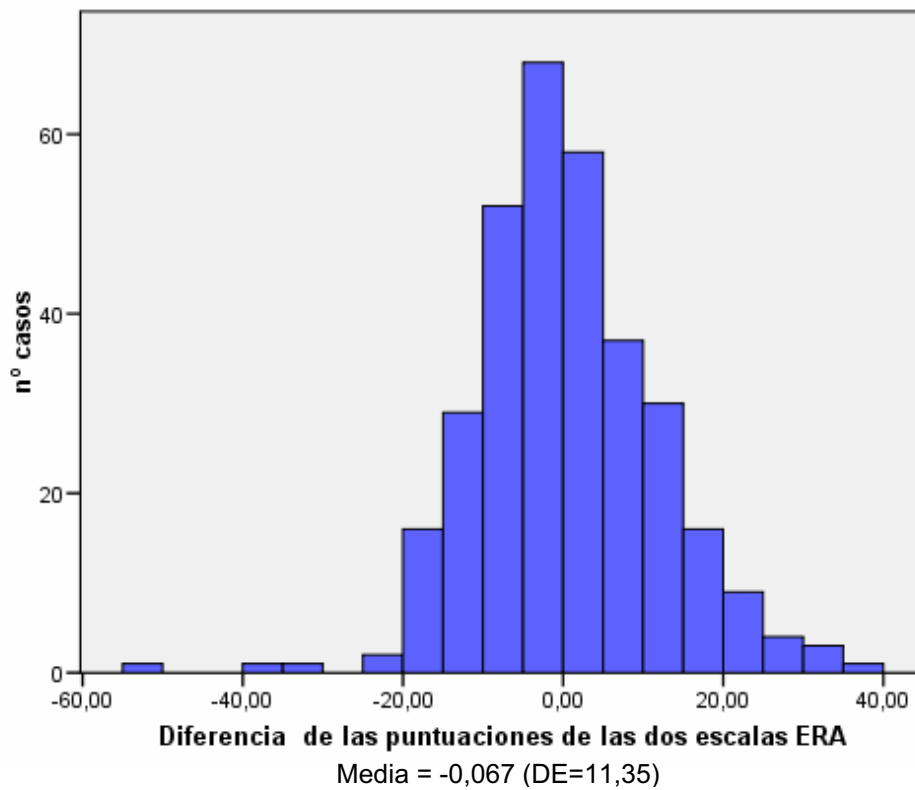


Figura 18
Histograma de las diferencias de las puntuaciones de las dos escalas ERA



En la Tabla 16 se muestra la magnitud de la diferencia, en términos absolutos, de las dos puntuaciones de la escala ERA, así como el porcentaje acumulado de casos en los que se supera cada una de estas diferencias.

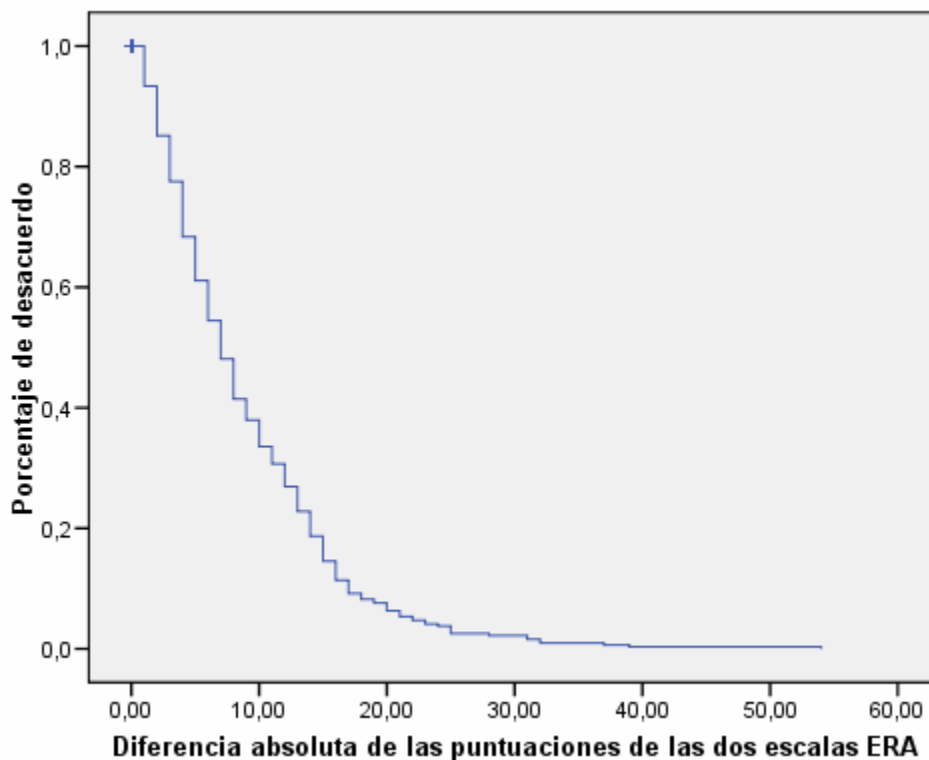
Tabla 16
Distribución de las diferencias absolutas entre las medidas
de las dos escalas ERA en 328 pacientes

Diferencia absoluta	Frecuencia	Porcentaje acumulado
0,00	12	3,7
1,00	21	10,1
2,00	26	18,0
3,00	24	25,3
4,00	29	34,1
5,00	23	41,2
6,00	21	47,6
7,00	20	53,7
8,00	21	60,1
9,00	11	63,4
10,00	14	67,7
11,00	9	70,4
12,00	12	74,1
13,00	13	78,0
14,00	13	82,0
15,00	13	86,0
16,00	10	89,0
17,00	7	91,2
18,00	3	92,1
19,00	2	92,7
20,00	4	93,9
21,00	3	94,8
22,00	2	95,4
23,00	2	96,0
24,00	1	96,3
25,00	4	97,6
28,00	1	97,9
31,00	2	98,5
32,00	2	99,1
37,00	1	99,4
39,00	1	99,7
54,00	1	100,0
Total	328	100,0

ERA: Escala de Requisitos de Autocuidado

A partir de estos datos se construyó la Figura 19, en la que se muestra el desacuerdo existente entre ambas mediciones con la escala ERA. Según este gráfico, se obtiene un porcentaje de acuerdo o concordancia del 93,7% para diferencias entre las dos mediciones de hasta 20 puntos, y una concordancia del 85,4% para diferencias de hasta 15 puntos.

Figura 19
Gráfico de acuerdo – supervivencia entre dos mediciones de la escala ERA



Posteriormente se realizó el mismo gráfico de acuerdo-supervivencia para distintos niveles de diferentes variables (sexo, edad, años de evolución y puntuación de la escala GAF), comparando las diferentes curvas con el test de Log-Rank. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las distintas curvas en ninguna variable. Esto quiere decir que el porcentaje de acuerdo o concordancia no varía en las diferentes categorías de cada variable (Figuras 20, 22, 22 y 23).

Figura 20
Gráficos de acuerdo – supervivencia entre dos mediciones de la escala ERA según sexo

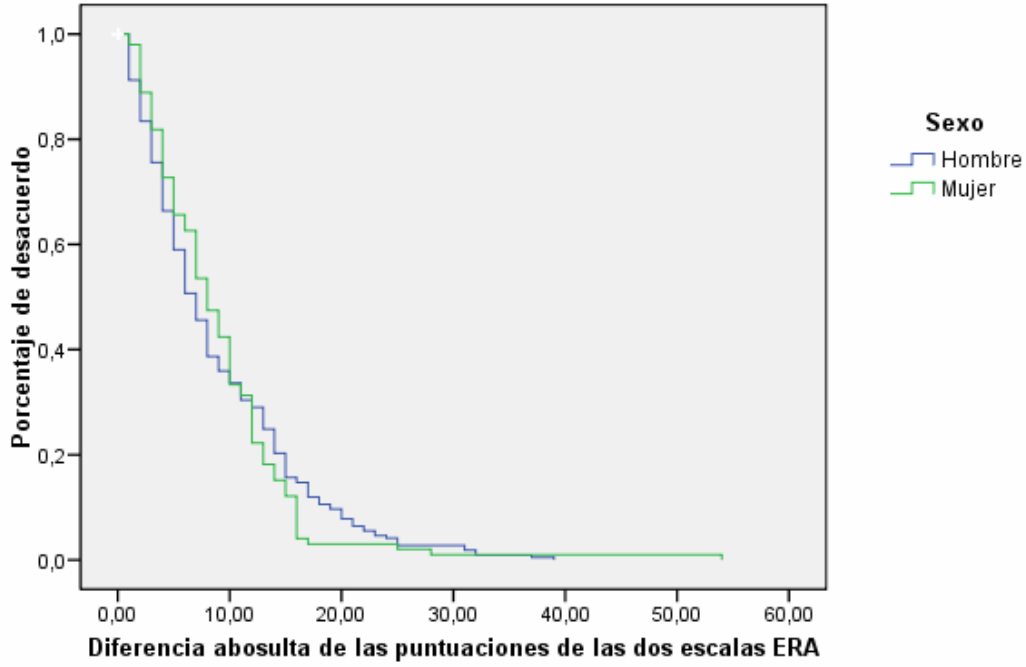


Figura 21
Gráficos de acuerdo – supervivencia entre dos mediciones de la escala ERA según grupos de edad

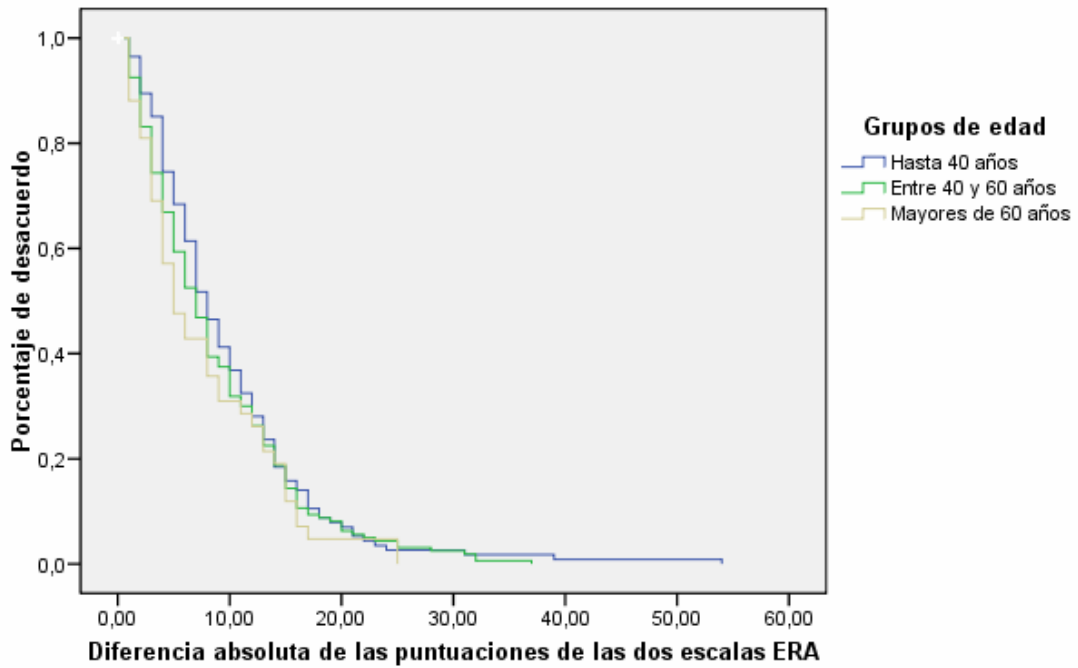


Figura 22
Gráficos de acuerdo – supervivencia entre dos mediciones de la escala ERA según años de evolución

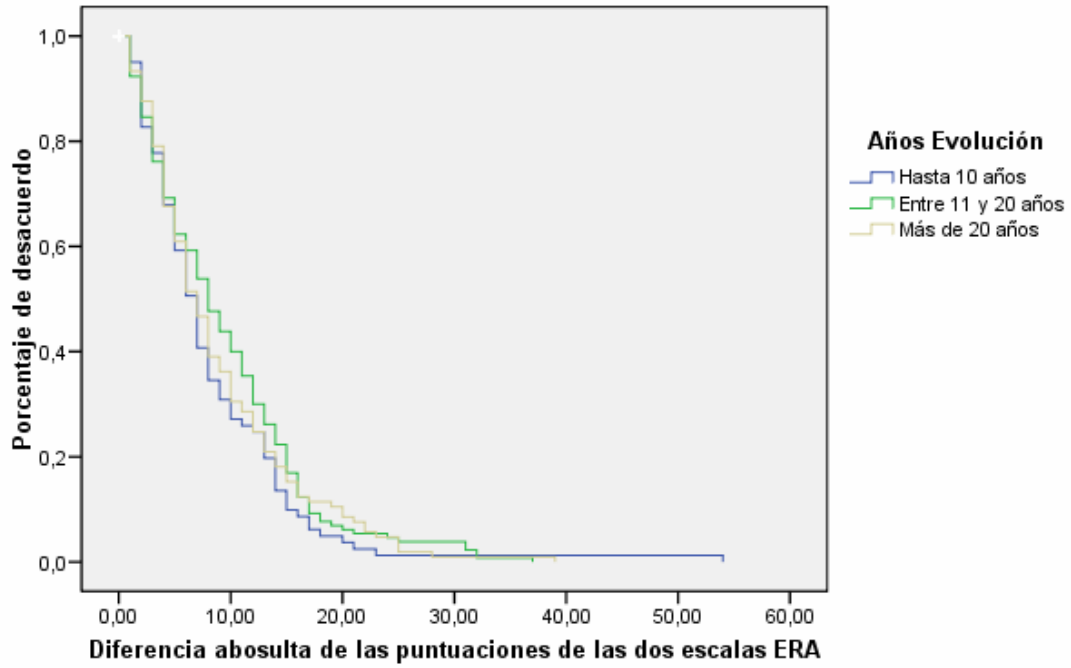
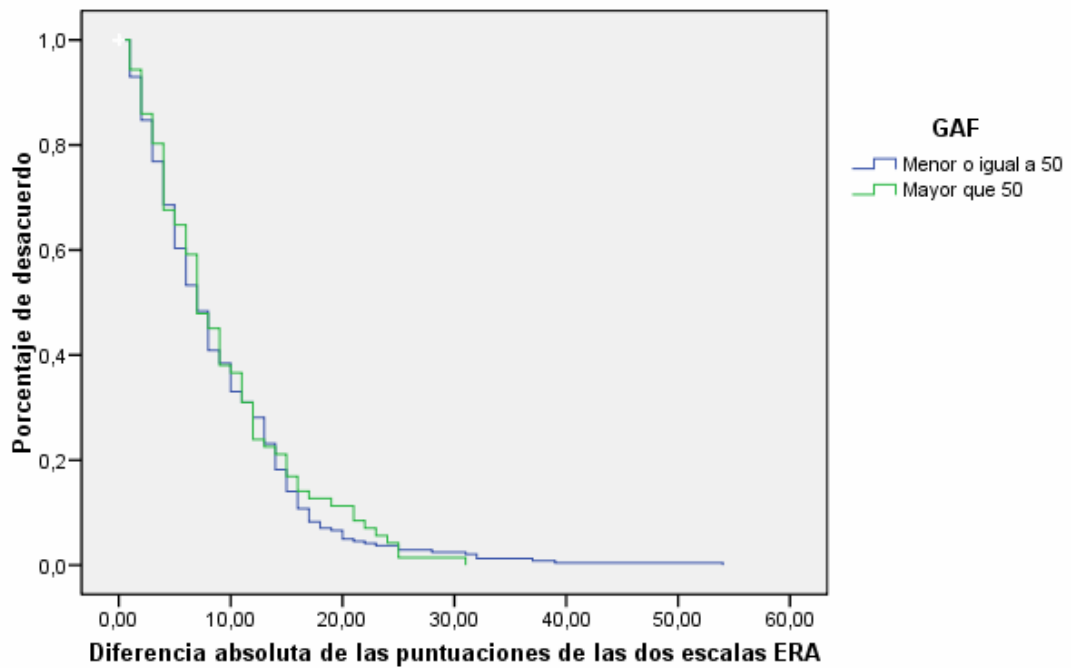
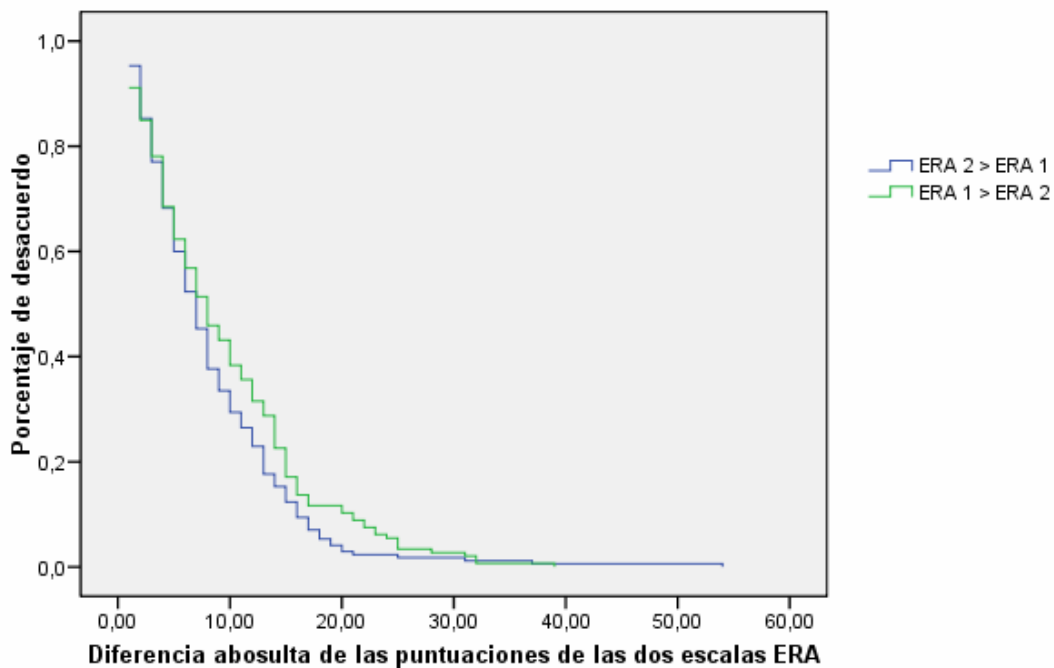


Figura 23
Gráficos de acuerdo – supervivencia entre dos mediciones de la escala ERA según el GAF



En el siguiente gráfico (Figura 24) se representan las curvas de supervivencia según el sentido de las diferencias entre las dos escalas o mediciones (ERA 2 > ERA 1 y ERA 1 > ERA 2), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas ($p=0,086$).

Figura 24
Gráficos de acuerdo – supervivencia para
ERA 2 > ERA 1 y Era 1 > ERA 2



6.4 Análisis de la validez

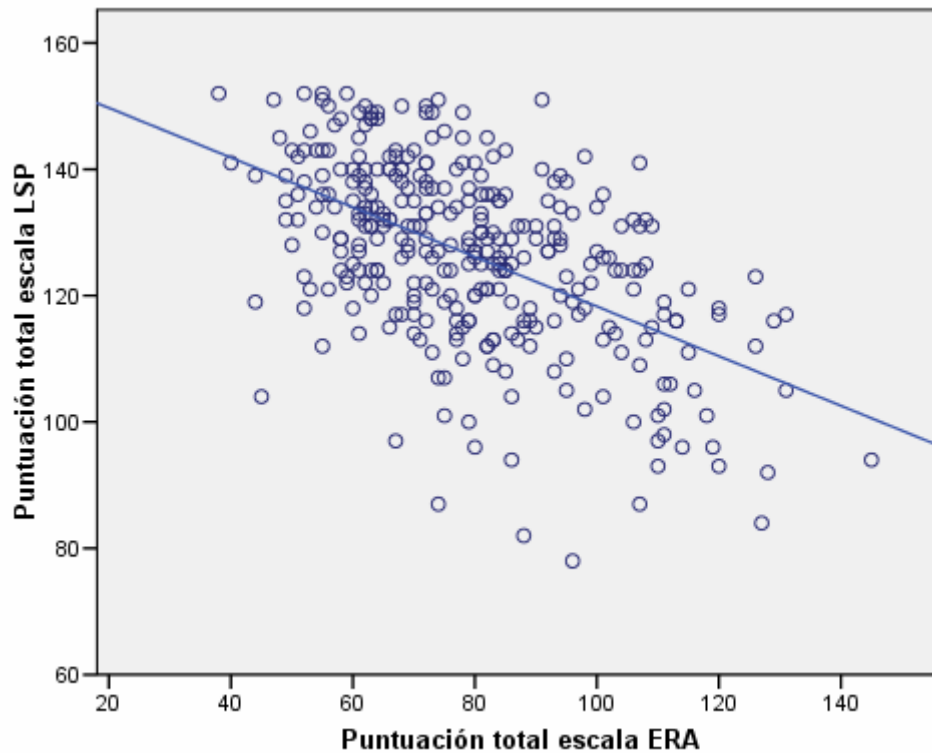
6.4.1. Análisis de la validez convergente

Para este análisis se calculó el coeficiente de Spearman con su intervalo de confianza del 95% entre la escala ERA y el cuestionario LSP adaptado al castellano, administrados en la primera visita por observadores diferentes.

La correlación obtenida según el coeficiente de Spearman fue de -0,50 con un intervalo de confianza del 95% de -0,59 a -0,47 ($p<0,01$). (Figura 25). La

correlación ha sido negativa, ya que las puntuaciones de las dos escalas van en sentido inverso.

Figura 25
Análisis de correlación entre las puntuaciones totales de la
escala LSP y escala ERA

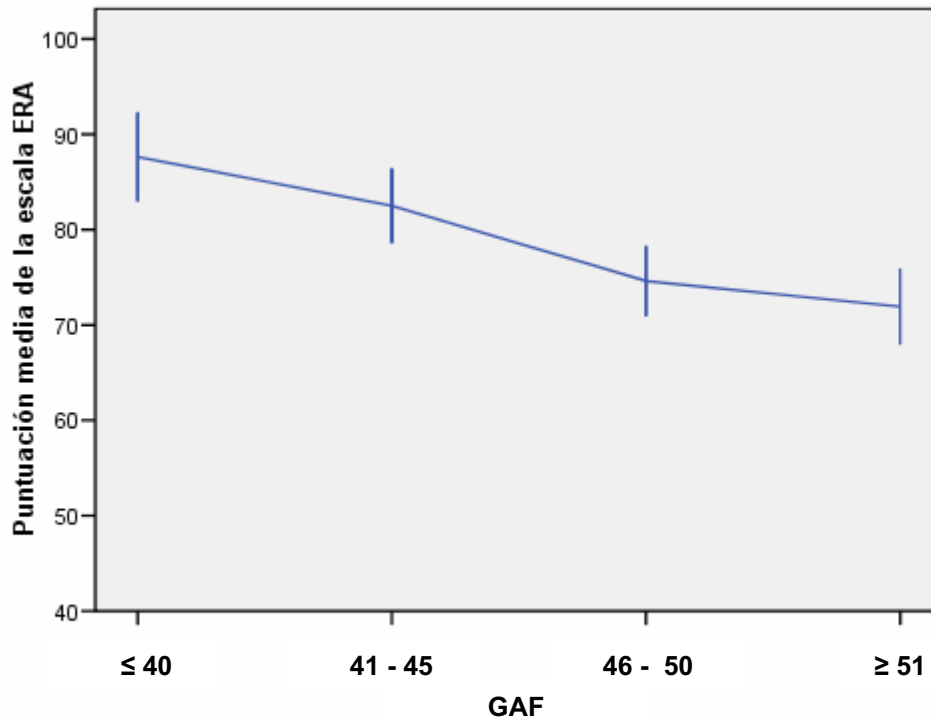


6.4.2. Análisis de la validez discriminante.

Se analizó mediante la comparación de las medias de la ERA entre los 4 grupos de pacientes según el valor del GAF. La técnica estadística utilizada fue el análisis de la varianza con contrastes post hoc. En la Figura 26 se observa un empeoramiento de la puntuación de la escala ERA según disminuye el valor del GAF, siendo la diferencia significativa entre pacientes con valores GAF inferiores a 41 frente a pacientes con valores GAF superiores a 45 ($p < 0,001$) y superiores a 50 ($p < 0,001$), y entre pacientes con valores GAF

de 41 a 45 frente a pacientes con valores GAF superiores a 45 ($p=0,029$) y superiores a 50 ($p=0,002$).

Figura 26
Puntuación total de la escala ERA según los diferentes grupos de GAF (media e intervalo de confianza del 95%)



Posteriormente se dividieron a los pacientes en dos grupos según el GAF ha sido superior o inferior a 50, utilizando para esta comparación el test de la t de Student para dos muestras independientes. En este análisis se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p=0,0001$) en el sentido de que la media de puntuación de la escala ERA fue superior en los pacientes con un GAF inferior o igual a 50 (diferencia de medias igual a 9,63; IC del 95% (4,68 a 14,58) (Tabla 17).

Tabla 17

Evaluación de la validez discriminante mediante la comparación de medias de la escala ERA entre distintos grupos (GAF inferior o igual a 50 y GAF superior a 50)

	Puntuación total en la escala ERA						
	Media	DE	Mediana	Mínimo	Máximo	n	P
Total pacientes	79,44	19,6	77	38	145	341	
Pacientes con GAF \leq 50	81,56	19,8	80	44	145	266	0.0001
Pacientes con GAF $>$ 50	71,92	16,9	69	38	126	75	

ERA: Escala de Requisitos de Autocuidado

GAF: Escala de Funcionamiento Global

DE: Desviación Estándar

p: nivel de significación

6.4.3. Análisis de la validez de constructo: Análisis factorial

La estructura factorial se analizó mediante un análisis factorial confirmatoria en el que se planteó un modelo de 6 factores con la estructura que se ha descrito en el apartado de análisis de datos (página 119).

Estimación de parámetros

La estimación de parámetros se realizó mediante el método de mínimos cuadrados. Los resultados ponen de manifiesto que los factores 3 y 4 son los que presentaron mayores cargas factoriales o saturaciones, mientras que el factor 1 y 2 son los que parecen estar peor reflejados por sus indicadores.

Todas las saturaciones son estadísticamente significativas excepto la de la saturación del indicador 8 y del indicador 25. (Tabla 18).

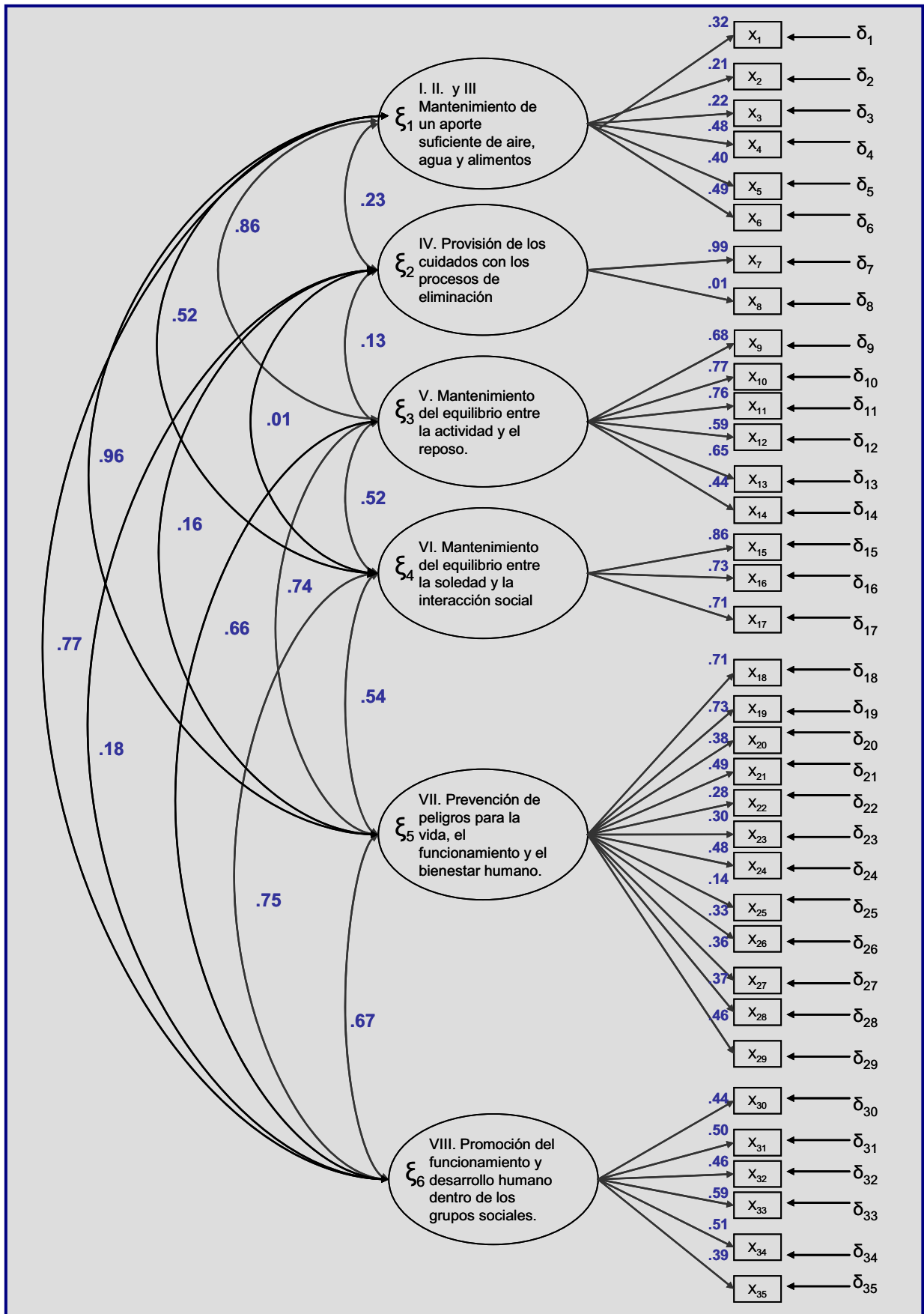
Tabla 18
Cargas factoriales derivadas de la estimación LS (mínimos Cuadrados) del
Análisis Factorial Confirmatorio (λ_{ij})

ITEM	FACTOR1	FACTOR2	FACTOR3	FACTOR4	FACTOR5	FACTOR6
1	.322*					
2	.212*					
3	.223*					
4	.484*					
5	.401*					
6	.492*					
7		.999*				
8		.033				
9			.688*			
10			.769*			
11			.764*			
12			.592*			
13			.654*			
14			.441*			
15				.859*		
16				.733*		
17				.709*		
18					.712*	
19					.728*	
20					.376*	
21					.490*	
22					.287*	
23					.305*	
24					.483*	
25					.137	
26					.330*	
27					.362*	
28					.377*	
29					.465*	
30						.443*
31						.504*
32						.460*
33						.589*
34						.509*
35						.389*

* $p < .05$

Por lo que respecta a las correlaciones entre los factores, todos presentaron unas correlaciones elevadas con el resto de factores, excepto el factor 2, que es el que presentó una peor correlación. Figura 27

Figura 27
Parámetros estandarizados del modelo



Bondad de ajuste del modelo

La prueba de Chi cuadrado es estadísticamente significativa pero la razón de ajuste es de 4,78, de manera que si está entre 2-6 el ajuste es razonablemente bueno (Rial et al., 2006). Asimismo, tanto el resto de índices de ajuste absoluto, como de ajuste incremental y de parsimonia analizados, presentan la misma tendencia, por lo que se puede concluir que el modelo se ajusta convenientemente. (Tabla 19)

Tabla 19
Índices de bondad de ajuste del Modelo Confirmatorio

INDICE	VALOR
BBNFI	.670
BBNNFI	.721
GFI	.892
AGFI	.873
RMSE	.07
α Cronbach	.877
Prueba de Bondad de Ajuste	$\chi^2 = 2577.68$; gl=539; p=.000
Razón de ajuste	$\chi^2 / gl = 4.78$ entre 2-6

BBNFI: Bentler Bonnet Normed Fit Index. BBNNFI: Bentler Bonnet Non Normed Fit Index. GFI: Goodness of Fit Index. AGFI: Adjusted Goodnes of Fit Index. RMSE: Root Mean Standard Error.

Por otro lado el análisis de los residuales obtenidos sigue una distribución normal.

Fiabilidad del modelo

Como se puede observar en la siguiente tabla (Tabla 20), prácticamente todos los constructos o factores especificados superaron o están cerca del umbral de 0,70, a excepción del factor 1 y del factor 2 que presentaron unos resultados discretos.

Tabla 20
Fiabilidad de los factores del modelo

Factor	Fiabilidad
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimento.	0,45
Provisión de los cuidados con los procesos de eliminación	0,52
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	0,77
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social	0,74
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	0,71
VIII. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales	0,62

6.5. Baremación de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA)

Tal y como se ha indicado anteriormente para la baremación se categorizaron las variables edad y años de evolución en tres categorías. Primero se realizó un análisis univariante, para analizar si habían diferencias significativas entre la puntuación total de la escala ERA según el sexo, la edad categorizada y los años de evolución categorizados. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas según las tres variables, y se obtuvo una puntuación media total superior en hombres ($p < 0,0001$), a medida que aumentaba la edad ($p=0,012$) y a medida que aumentaban los años de evolución de la enfermedad ($p=0,035$) (Tabla 21).

Tabla 21
Relación entre la puntuación media total de la escala ERA y el sexo, edad y años de evolución

Variables	Puntuación total de la escala ERA		p
	Media	DE	
Sexo			
hombre	82,36	19,75	< 0,0001 ¹
mujer	73,54	18,10	
Edad			
< 40 años	75,57	18,15	0,012 ²
40 a 60 años	80,73	19,68	
> 60 años	84,72	21,67	
Años de evolución			
< 10 años	75,89	18,59	0,035 ²
11 a 20 años	78,72	20,06	
> 20 años	83,01	19,43	

ERA: Escala de Requisitos de Autocuidado

DE: Desviación estándar

p: nivel de significación

¹: prueba t de Student Fisher de comparación de medias

²: análisis de la varianza

Finalmente se realizó la baremación según sexo, edad categorizada y años de evolución y los resultados de la baremación en centiles se reflejan en las Tablas 22 y 23, una para cada sexo.

Posteriormente se calcularon las puntuaciones Z y T para cada subescala según sexo, edad y años de evolución (Tablas de 24 a 39). Esta escala T no solamente ayuda a interpretar las puntuaciones de un sujeto comparándolas con las de otros, sino que también ayuda a comparar las puntuaciones de esa persona en una subescala con las obtenidas en las demás subescalas, y por tanto a interpretar su modelo completo de perfil.

Para ejemplificar este proceso de transformación de las puntuaciones directas en puntuaciones T y su interpretación se ha tomado un caso real de la muestra de tipificación. Para un varón de 51 años y con 16 años de evolución de la enfermedad se muestra el perfil gráfico (Figura 28) obtenido a partir de las tablas 26 a 32. En el momento de la interpretación se debe tener en cuenta que una puntuación T indica la distancia en unidades típicas y que los valores T forman una escala típica con media 50 y una desviación típica de 10.

La utilidad práctica de este perfil sería que todas las puntuaciones T en cada subescala inferiores a la media 50 (indicadas en verde en el perfil) indicarían un menor déficit de autocuidado, requiriendo solamente un sistema de enfermería de tipo apoyo-educativo. Las puntuaciones T entre 50 y 75 (indicadas en naranja en el perfil), representarían un mayor déficit de autocuidado requiriendo un sistema de enfermería de tipo parcialmente compensatorio. Por último las puntuaciones T superiores a 75 (indicadas en rojo en el perfil), serían las que mostrarían un peor déficit de autocuidado requiriendo un sistema de enfermería totalmente compensatorio.

Con los resultados obtenidos en estas tablas se ha desarrollado una aplicación informática que permite introducir los valores en cada ítem como resultado en un paciente, obteniendo directamente el perfil gráfico en el que se representa

para cada subescala, según el sexo, la edad y los años de evolución dentro de la población de sus mismas características en qué situación se encuentra.

Se puede consultar una versión de pruebas del programa informático en disponible en <http://www.santjoandedeu.edu.es/era>.

Tabla 22
Baremación según hombres

Años evolución	Edad		$x \leq 40$ años		$41 \leq x_i \leq 60$ años		$x > 60$ años		
	$X \leq 10$	$11 \leq x_i \leq 20$	$x > 20$	$X \leq 10$	$11 \leq x_i \leq 20$	$x > 20$	$X \leq 10$	$11 \leq x_i \leq 20$	$x > 20$
5	48	46	50	54	52	55	56	61	66
10	51	51	51	57	60	58	56	61	66
25	64	63	62	66	65	70	56	73	77
50	77	76	73	86	80	83	69	92	92
75	94	88	100	97	97	97		105	110
90	107	102	112	108	115	108		119	126
95	108	107			122	126			

Tabla 23
Baremación según mujeres

Años evolución	Edad	x ≤ 40			41 ≤ x _i ≤ 60			x > 60		
		X ≤ 10	11 ≤ x _i ≤ 20	x > 20	X ≤ 10	11 ≤ x _i ≤ 20	x > 20	X ≤ 10	11 ≤ x _i ≤ 20	x > 20
Centil	5	49	38	68	40	52	58	59	55	54
	10	49	46	68	40	53	62	59	55	54
	25	56	55	72	51	60	65	59	60	69
	50	65	65	90	62	68	72	69	70	72
	75	75	81	104	73	85	82		98	89
	90	90	87			109	107			131
	95					125	111			

Tabla 24
Media y Desviación Estandar de las Puntuaciones directas del cuestionario ERA en HOMBRES

Edad	x ≤ 40 años						41 ≤ x _i ≤ 60 años						x > 60 años					
	≤ 10		11 ≤ x _i ≤ 20		x > 20		X ≤ 10		11 ≤ x _i ≤ 20		x > 20		X ≤ 10		11 ≤ x _i ≤ 20		x > 20	
	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos	15,59	3,694	15,29	3,770	15,64	3,23	15,11	3,787	16,11	4,273	16,64	4,063	14,00	4,243	16,40	4,326	17,08	4,406
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación	2,71	1,188	2,89	1,491	2,55	0,820	2,72	1,127	3,15	1,499	3,16	1,718	4,00	1,414	3,50	2,224	3,15	1,676
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	13,93	4,901	12,97	5,623	13,64	5,836	15,83	4,926	13,26	5,984	14,31	5,204	8,00	1,414	15,60	5,420	17,62	5,881
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social	6,02	3,021	6,51	2,964	5,55	2,544	7,67	3,199	7,15	3,177	7,31	2,945	8,50	2,121	8,00	3,055	7,46	3,865
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	26,37	7,098	23,97	6,162	24,73	6,528	27,44	8,068	27,32	7,912	27,58	7,884	21,50	7,778	30,40	8,235	30,69	6,860
Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.	14,32	4,519	15,17	4,787	15,73	5,461	15,56	5,294	16,38	5,289	15,71	5,159	13,50	2,121	16,00	4,190	17,15	3,870
Total escala ERA	78,93	18,858	76,80	17,996	77,82	20,390	84,33	18,730	83,38	21,347	84,71	19,113	69,50	19,092	89,90	19,930	93,15	20,207

\bar{X} : Media. S: Desviación Estándar

Tabla 25
Media y Desviación Estandar de las Puntuaciones directas del cuestionario ERA en MUJERES

Edad	$x \leq 40$ años						$41 \leq x_i \leq 60$ años						$x > 60$ años					
	$X \leq 10$		$11 \leq x_i \leq 20$		$x > 20$		$X \leq 10$		$11 \leq x_i \leq 20$		$x > 20$		$X \leq 10$		$11 \leq x_i \leq 20$		$x > 20$	
	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S	\bar{X}	S
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos	12,38	3,124	13,29	4,341	17,50	3,317	11,00	2,500	14,14	4,257	13,74	3,839	12,00	1,414	13,50	5,753	12,62	4,664
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación	2,77	1,013	3,65	1,801	5,25	2,217	3,78	1,302	3,73	1,907	4,48	1,889	3,00	1,414	4,50	1,378	3,77	1,423
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	10,08	4,132	10,12	4,106	13,00	3,916	7,44	2,698	11,27	5,496	10,81	4,039	12,50	3,536	13,17	5,672	13,15	6,530
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social	5,46	3,017	5,18	2,298	7,00	3,559	6,33	2,179	6,09	2,893	6,85	3,382	5,50	3,536	5,17	1,835	8,62	3,731
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.	23,33	4,065	21,94	5,771	27,25	5,560	21,56	7,299	25,68	8,067	26,78	6,852	21,50	0,707	27,33	7,607	28,85	8,133
Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.	12,62	5,108	13,00	5,172	19,25	4,349	11,56	2,603	14,09	4,649	14,85	4,111	14,50	4,950	12,83	2,229	13,85	5,814
Total escala ERA	66,54	13,414	67,18	14,934	89,25	16,800	61,67	12,990	75,00	19,693	77,52	15,475	69,00	14,142	76,50	20,187	80,85	24,701

\bar{X} : Media. S Desviación Estandar

Tabla 26
Puntuaciones T para la subescala:
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos (hombres)

PD	Edad ≤ 40 años			Edad entre 41 - 60 años			Edad > 60 años		
	Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad		
	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20
6	24	25	20	26	26	24	31	26	25
7	27	28	23	29	29	26	34	28	27
8	30	31	26	31	31	29	36	31	29
9	32	33	30	34	33	31	38	33	32
10	35	36	33	37	36	34	41	35	34
11	38	39	36	39	38	36	43	38	36
12	40	41	39	42	40	39	45	40	39
13	43	44	42	44	43	41	48	42	41
14	46	47	45	47	45	44	50	45	43
15	48	49	48	50	47	46	52	47	45
16	51	52	51	52	50	48	55	49	48
17	54	55	54	55	52	51	57	51	50
18	57	57	57	58	54	53	59	54	52
19	59	60	60	60	57	56	62	56	54
20	62	63	64	63	59	58	64	58	57
21	65	65	67	66	61	61	67	61	59
22	67	68	70	68	64	63	69	63	61
23	70	71	73	71	66	66	71	65	63
24	73	73	76	74	69	68	74	68	66
25	76	76	79	76	71	71	76	70	68
26	78	78	82	79	73	73	78	72	70
27	81	81	85	81	76	76	81	75	73
28	84	84	88	84	78	78	83	77	75
29	86	86	91	87	80	80	85	79	77
30	89	89	94	89	83	83	88	81	79

PD = Puntuación Directa

Tabla 27
Puntuaciones T para la subescala:
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación (hombres)

PD	Edad ≤ 40 años			Edad entre 41 - 60 años			Edad > 60 años		
	Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad		
	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20
2	44	44	43	44	42	43	36	43	43
3	52	51	56	53	49	49	43	48	49
4	61	57	68	61	56	55	50	52	55
5	69	64	80	70	62	61	57	57	61
6	78	71	92	79	69	67	64	61	67
7	86	78	100	88	76	72	71	66	73
8	95	84	100	97	82	78	78	70	79
9	100	91	100	100	89	84	85	75	85
10	100	98	100	100	96	90	92	79	91

PD = Puntuación Directa

Tabla 28
Puntuaciones T para la subescala:
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo (hombres)

PD	Edad ≤ 40 años			Edad entre 41 - 60 años			Edad > 60 años		
	Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad		
	$x \leq 10$	$11 \leq x_i \leq 20$	$x > 20$	$x \leq 10$	$11 \leq x_i \leq 20$	$x > 20$	$x \leq 10$	$11 \leq x_i \leq 20$	$x > 20$
6	34	38	37	30	38	34	36	32	30
7	36	39	39	32	40	36	43	34	32
8	38	41	40	34	41	38	50	36	34
9	40	43	42	36	43	40	57	38	35
10	42	45	44	38	45	42	64	40	37
11	44	47	46	40	46	44	71	42	39
12	46	48	47	42	48	46	78	43	40
13	48	50	49	44	50	48	85	45	42
14	50	52	51	46	51	49	92	47	44
15	52	54	52	48	53	51	100	49	46
16	54	55	54	50	55	53	100	51	47
17	56	57	56	52	56	55	100	53	49
18	58	59	58	54	58	57	100	54	51
19	60	61	59	56	60	59	100	56	52
20	62	63	61	59	61	61	100	58	54
21	64	64	63	61	63	63	100	60	56
22	67	66	64	63	65	65	100	62	57
23	69	68	66	65	66	67	100	64	59
24	71	70	68	67	68	69	100	66	61
25	73	71	70	69	70	71	100	67	63
26	75	73	71	71	71	73	100	69	64
27	77	75	73	73	73	74	100	71	66
28	79	77	75	75	75	76	100	73	68
29	81	79	76	77	76	78	100	75	69
30	83	80	78	79	78	80	100	77	71

PD = Puntuación Directa

Tabla 29
Puntuaciones T para la subescala:
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social (hombres)

PD	$x \leq 40$ años			Edad entre 41 - 60 años			$x > 60$ años		
	Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad		
	$x \leq 10$	$11 \leq x_i \leq 20$	$x > 20$	$x \leq 10$	$11 \leq x_i \leq 20$	$x > 20$	$x \leq 10$	$11 \leq x_i \leq 20$	$x > 20$
3	40	38	40	35	37	35	24	34	39
4	43	42	44	39	40	39	29	37	41
5	47	45	48	42	43	42	34	40	44
6	50	48	52	45	46	46	38	44	46
7	53	52	56	48	50	49	43	47	49
8	57	55	60	51	53	52	48	50	51
9	60	58	64	54	56	56	52	53	54
10	63	62	68	57	59	59	57	57	57
11	67	65	71	60	62	63	62	60	59
12	70	69	75	64	65	66	67	63	62
13	73	72	79	67	68	69	71	66	64
14	76	75	83	70	72	73	76	70	67
15	80	79	87	73	75	76	81	73	70

PD = Puntuación Directa

Tabla 30
Puntuaciones T para la subescala:
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano (hombres)

PD	x ≤ 40 años			Edad entre 41 - 60 años			x > 60 años		
	Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad		
	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20
12	30	31	31	31	31	30	38	28	23
13	31	32	32	32	32	32	39	29	24
14	33	34	34	33	33	33	40	30	26
15	34	35	35	35	34	34	42	31	27
16	35	37	37	36	36	35	43	33	29
17	37	39	38	37	37	37	44	34	30
18	38	40	40	38	38	38	46	35	32
19	40	42	41	40	40	39	47	36	33
20	41	44	43	41	41	40	48	37	34
21	42	45	44	42	42	42	49	39	36
22	44	47	46	43	43	43	51	40	37
23	45	48	47	45	45	44	52	41	39
24	47	50	49	46	46	46	53	42	40
25	48	52	50	47	47	47	55	43	42
26	50	53	52	48	48	48	56	45	43
27	51	55	54	50	50	49	57	46	45
28	52	57	55	51	51	51	58	47	46
29	54	58	57	52	52	52	60	48	48
30	55	60	58	53	53	53	61	50	49
31	57	61	60	54	55	54	62	51	51
32	58	63	61	56	56	56	64	52	52
33	59	65	63	57	57	57	65	53	53
34	61	66	64	58	58	58	66	54	55
35	62	68	66	59	60	59	67	56	56
36	64	70	67	61	61	61	69	57	58
37	65	71	69	62	62	62	70	58	59
38	66	73	70	63	64	63	71	59	61
39	68	74	72	64	65	65	73	60	62
40	69	76	73	66	66	66	74	62	64
41	71	78	75	67	67	67	75	63	65
42	72	79	77	68	69	68	76	64	67
43	73	81	78	69	70	70	78	65	68
44	75	83	80	71	71	71	79	67	69
45	76	84	81	72	72	72	80	68	71
46	78	86	83	73	74	73	82	69	72
47	79	87	84	74	75	75	83	70	74
48	81	89	86	76	76	76	84	71	75
49	82	91	87	77	77	77	85	73	77
50	83	92	89	78	79	78	87	74	78
51	85	94	90	79	80	80	88	75	80
52	86	96	92	80	81	81	89	76	81
53	88	97	93	82	83	82	91	77	83
54	89	99	95	83	84	84	92	79	84
55	90	100	96	84	85	85	93	80	85
56	92	100	98	85	86	86	94	81	87
57	93	100	99	87	88	87	96	82	88
58	95	100	100	88	89	89	97	84	90
59	96	100	100	89	90	90	98	85	91
60	97	100	100	90	91	91	100	86	93

PD = Puntuación Directa

Tabla 31
Puntuaciones T para la subescala:
Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales
(hombres)

PD	x ≤ 40 años			Edad entre 41 - 60 años			x > 60 años		
	Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad		
	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20
6	32	31	32	32	30	31	15	26	21
7	34	33	34	34	32	33	19	29	24
8	36	35	36	36	34	35	24	31	26
9	38	37	38	38	36	37	29	33	29
10	40	39	40	40	38	39	34	36	32
11	43	41	41	41	40	41	38	38	34
12	45	43	43	43	42	43	43	41	37
13	47	46	45	45	44	45	48	43	39
14	49	48	47	47	46	47	52	45	42
15	52	50	49	49	47	49	57	48	44
16	54	52	51	51	49	51	62	50	47
17	56	54	52	53	51	53	67	52	50
18	58	56	54	55	53	54	71	55	52
19	60	58	56	57	55	56	76	57	55
20	63	60	58	58	57	58	81	60	57
21	65	62	60	60	59	60	85	62	60
22	67	64	62	62	61	62	90	64	63
23	69	66	63	64	63	64	95	67	65
24	71	68	65	66	64	66	100	69	68
25	74	71	67	68	66	68	100	72	70
26	76	73	69	70	68	70	100	74	73
27	78	75	71	72	70	72	100	76	76
28	80	77	73	74	72	74	100	79	78
29	83	79	74	75	74	76	100	81	81
30	85	81	76	77	76	78	100	83	83

PD = Puntuación Directa

Tabla 32
Puntuaciones T para el Total escala ERA en hombres

PD	x ≤ 40 años			Edad entre 41 - 60 años			x > 60 años		
	Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad		
	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20
35	27	27	29	24	27	24	32	23	21
36	27	27	30	24	28	25	33	23	22
37	28	28	30	25	28	25	33	24	22
38	28	28	31	25	29	26	34	24	23
39	29	29	31	26	29	26	34	25	23
40	29	30	32	26	30	27	35	25	24
41	30	30	32	27	30	27	35	26	24
42	30	31	32	27	31	28	36	26	25
43	31	31	33	28	31	28	36	27	25
44	32	32	33	29	32	29	37	27	26
45	32	32	34	29	32	29	37	28	26
46	33	33	34	30	33	30	38	28	27
47	33	33	35	30	33	30	38	29	27
48	34	34	35	31	33	31	39	29	28
49	34	35	36	31	34	31	39	30	28
50	35	35	36	32	34	32	40	30	29
51	35	36	37	32	35	32	40	31	29
52	36	36	37	33	35	33	41	31	30
53	36	37	38	33	36	33	41	32	30
54	37	37	38	34	36	34	42	32	31
55	37	38	39	34	37	35	42	33	31
56	38	38	39	35	37	35	43	33	32
57	38	39	40	35	38	36	44	34	32
58	39	40	40	36	38	36	44	34	33
59	39	40	41	37	39	37	45	35	33
60	40	41	41	37	39	37	45	35	34
61	41	41	42	38	40	38	46	36	34
62	41	42	42	38	40	38	46	36	35
63	42	42	43	39	41	39	47	37	35
64	42	43	43	39	41	39	47	37	36
65	43	43	44	40	41	40	48	38	36
66	43	44	44	40	42	40	48	38	37
67	44	45	45	41	42	41	49	39	37
68	44	45	45	41	43	41	49	39	38
69	45	46	46	42	43	42	50	40	38
70	45	46	46	42	44	42	50	40	39
71	46	47	47	43	44	43	51	41	39
72	46	47	47	43	45	43	51	41	40
73	47	48	48	44	45	44	52	42	40
74	47	48	48	45	46	44	52	42	41
75	48	49	49	45	46	45	53	43	41
76	48	50	49	46	47	45	53	43	42
77	49	50	50	46	47	46	54	44	42
78	50	51	50	47	48	47	55	44	43
79	50	51	51	47	48	47	55	45	43
80	51	52	51	48	48	48	56	45	44

PD = Puntuación Directa

Tabla 32 (continuación)
Puntuaciones T para el Total escala ERA en hombres

PD	x ≤ 40 años			Edad entre 41 - 60 años			x > 60 años		
	Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad		
	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20
81	51	52	52	48	49	48	56	46	44
82	52	53	52	49	49	49	57	46	45
83	52	53	53	49	50	49	57	47	45
84	53	54	53	50	50	50	58	47	46
85	53	55	54	50	51	50	58	48	46
86	54	55	54	51	51	51	59	48	47
87	54	56	55	51	52	51	59	49	47
88	55	56	55	52	52	52	60	49	48
89	55	57	56	53	53	52	60	50	48
90	56	57	56	53	53	53	61	50	48
91	56	58	57	54	54	53	61	51	49
92	57	58	57	54	54	54	62	51	49
93	58	59	57	55	55	54	62	52	50
94	58	60	58	55	55	55	63	52	50
95	59	60	58	56	55	55	63	53	51
96	59	61	59	56	56	56	64	53	51
97	60	61	59	57	56	56	64	54	52
98	60	62	60	57	57	57	65	54	52
99	61	62	60	58	57	58	66	55	53
100	61	63	61	58	58	58	66	55	53
101	62	63	61	59	58	59	67	56	54
102	62	64	62	59	59	59	67	56	54
103	63	65	62	60	59	60	68	57	55
104	63	65	63	61	60	60	68	57	55
105	64	66	63	61	60	61	69	58	56
106	64	66	64	62	61	61	69	58	56
107	65	67	64	62	61	62	70	59	57
108	65	67	65	63	62	62	70	59	57
109	66	68	65	63	62	63	71	60	58
110	67	68	66	64	63	63	71	60	58
111	67	69	66	64	63	64	72	61	59
112	68	70	67	65	63	64	72	61	59
113	68	70	67	65	64	65	73	62	60
114	69	71	68	66	64	65	73	62	60
115	69	71	68	66	65	66	74	63	61
116	70	72	69	67	65	66	74	63	61
117	70	72	69	67	66	67	75	64	62
118	71	73	70	68	66	67	75	64	62
119	71	73	70	69	67	68	76	65	63
120	72	74	71	69	67	69	77	65	63
121	72	75	71	70	68	69	77	66	64
122	73	75	72	70	68	70	78	66	64
123	73	76	72	71	69	70	78	67	65
124	74	76	73	71	69	71	79	67	65
125	74	77	73	72	70	71	79	68	66
126	75	77	74	72	70	72	80	68	66
127	76	78	74	73	70	72	80	69	67
128	76	79	75	73	71	73	81	69	67
129	77	79	75	74	71	73	81	70	68
130	77	80	76	74	72	74	82	70	68
131	78	80	76	75	72	74	82	71	69
132	78	81	77	76	73	75	83	71	69
133	79	81	77	76	73	75	83	72	70
134	79	82	78	77	74	76	84	72	70
135	80	82	78	77	74	76	84	73	71
136	80	83	79	78	75	77	85	73	71

PD = Puntuación Directa

Tabla 32 (continuación)
Puntuaciones T para el Total escala ERA en hombres

PD	x ≤ 40 años			Edad entre 41 - 60 años			x > 60 años		
	Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad		
	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20
137	81	84	79	78	75	77	85	74	72
138	81	84	80	79	76	78	86	74	72
139	82	85	80	79	76	78	86	75	73
140	82	85	81	80	77	79	87	75	73
141	83	86	81	80	77	80	88	76	74
142	83	86	82	81	78	80	88	76	74
143	84	87	82	81	78	81	89	77	75
144	85	87	83	82	78	81	89	77	75
145	85	88	83	82	79	82	90	78	76
146	86	89	83	83	79	82	90	78	76
147	86	89	84	84	80	83	91	79	77
148	87	90	84	84	80	83	91	79	77
149	87	90	85	85	81	84	92	80	78
150	88	91	85	85	81	84	92	80	78
151	88	91	86	86	82	85	93	81	79
152	89	92	86	86	82	85	93	81	79
153	89	92	87	87	83	86	94	82	80
154	90	93	87	87	83	86	94	82	80
155	90	94	88	88	84	87	95	83	81
156	91	94	88	88	84	87	95	83	81
157	91	95	89	89	85	88	96	84	82
158	92	95	89	89	85	88	96	84	82
159	93	96	90	90	85	89	97	85	83
160	93	96	90	90	86	89	97	85	83
161	94	97	91	91	86	90	98	86	84
162	94	97	91	92	87	90	98	86	84
163	95	98	92	92	87	91	99	87	85
164	95	99	92	93	88	92	100	87	85
165	96	99	93	93	88	92	100	88	86
166	96	100	93	94	89	93	100	88	86
167	97	100	94	94	89	93	100	89	87
168	97	100	94	95	90	94	100	89	87
169	98	100	95	95	90	94	100	90	88
170	98	100	95	96	91	95	100	90	88
171	99	100	96	96	91	95	100	91	89
172	99	100	96	97	92	96	100	91	89
173	100	100	97	97	92	96	100	92	90
174	100	100	97	98	93	97	100	92	90
175	100	100	98	98	93	97	100	93	91

PD = Puntuación Directa

Tabla 33
Puntuaciones T para la subescala:
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos (mujeres)

PD	x ≤ 40 años			Edad entre 41 - 60 años			x > 60 años		
	Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad		
	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20
6	30	33	15	30	31	30	8	37	36
7	33	36	18	34	33	32	15	39	38
8	36	38	21	38	36	35	22	40	40
9	39	40	24	42	38	38	29	42	42
10	42	42	27	46	40	40	36	44	44
11	46	45	30	50	43	43	43	46	47
12	49	47	33	54	45	45	50	47	49
13	52	49	36	58	47	48	57	49	51
14	55	52	39	62	50	51	64	51	53
15	58	54	43	66	52	53	71	53	55
16	62	56	46	70	54	56	78	54	57
17	65	59	49	74	57	59	85	56	59
18	68	61	52	78	59	61	92	58	62
19	71	63	55	82	61	64	100	60	64
20	74	66	58	86	64	66	100	61	66
21	78	68	61	90	66	69	100	63	68
22	81	70	64	94	69	72	100	65	70
23	84	72	67	98	71	74	100	67	72
24	87	75	70	100	73	77	100	68	74
25	90	77	73	100	76	79	100	70	77
26	94	79	76	100	78	82	100	72	79
27	97	82	79	100	80	85	100	74	81
28	100	84	82	100	83	87	100	75	83
29	100	86	85	100	85	90	100	77	85
30	100	89	88	100	87	92	100	79	87

PD = Puntuación Directa

Tabla 34
Puntuaciones T para la subescala:
Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación (mujeres)

PD	x ≤ 40 años			Edad entre 41 - 60 años			x > 60 años		
	Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad		
	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20
2	42	41	35	36	41	37	43	32	38
3	52	46	40	44	46	42	50	39	45
4	62	52	44	52	51	48	57	46	52
5	72	58	49	59	57	53	64	54	59
6	82	63	53	67	62	58	71	61	66
7	92	69	58	75	67	63	78	68	73
8	100	74	62	82	72	69	85	75	80
9	100	80	67	90	78	74	92	83	87
10	100	85	71	98	83	79	100	90	94

PD = Puntuación Directa

Tabla 35
Puntuaciones T para la subescala:
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo (mujeres)

PD	x ≤ 40 años			Edad entre 41 - 60 años			x > 60 años		
	Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad		
	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20
6	40	40	32	45	40	38	32	37	39
7	43	42	35	48	42	41	34	39	41
8	45	45	37	52	44	43	37	41	42
9	47	47	40	56	46	46	40	43	44
10	50	50	42	60	48	48	43	44	45
11	52	52	45	63	50	51	46	46	47
12	55	55	47	67	51	53	49	48	48
13	57	57	50	71	53	55	51	50	50
14	60	59	53	74	55	58	54	52	51
15	62	62	55	78	57	60	57	53	53
16	64	64	58	82	59	63	60	55	54
17	67	67	60	85	60	65	63	57	56
18	69	69	63	89	62	68	66	59	57
19	72	72	65	93	64	70	68	60	59
20	74	74	68	97	66	73	71	62	61
21	76	77	70	100	68	75	74	64	62
22	79	79	73	100	70	78	77	66	64
23	81	81	76	100	71	80	80	67	65
24	84	84	78	100	73	83	83	69	67
25	86	86	81	100	75	85	85	71	68
26	89	89	83	100	77	88	88	73	70
27	91	91	86	100	79	90	91	74	71
28	93	94	88	100	80	93	94	76	73
29	96	96	91	100	82	95	97	78	74
30	98	98	93	100	84	98	100	80	76

PD = Puntuación Directa

Tabla 36
Puntuaciones T para la subescala:
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social (mujeres)

PD	x ≤ 40 años			Edad entre 41 - 60 años			x > 60 años		
	Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad		
	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20
3	42	41	39	35	39	39	43	38	35
4	45	45	42	39	43	42	46	44	38
5	49	49	44	44	46	45	49	49	40
6	52	54	47	49	50	48	51	55	43
7	55	58	50	53	53	50	54	60	46
8	58	62	53	58	57	53	57	65	48
9	62	67	56	62	60	56	60	71	51
10	65	71	58	67	64	59	63	76	54
11	68	75	61	71	67	62	66	82	56
12	72	80	64	76	70	65	68	87	59
13	75	84	67	81	74	68	71	93	62
14	78	88	70	85	77	71	74	98	64
15	82	93	73	90	81	74	77	100	67

PD = Puntuación Directa

Tabla 37
Puntuaciones T para la subescala:
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano (mujeres)

E AE	x ≤ 40 años			Edad entre 41 - 60 años			x > 60 años		
	Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad		
	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20
12	22	33	23	37	33	28	-84	30	29
13	25	35	24	38	34	30	-70	31	31
14	27	36	26	40	36	31	-56	33	32
15	30	38	28	41	37	33	-42	34	33
16	32	40	30	42	38	34	-28	35	34
17	34	41	32	44	39	36	-14	36	35
18	37	43	33	45	41	37	1	38	37
19	39	45	35	47	42	39	15	39	38
20	42	47	37	48	43	40	29	40	39
21	44	48	39	49	44	42	43	42	40
22	47	50	41	51	45	43	57	43	42
23	49	52	42	52	47	45	71	44	43
24	52	54	44	53	48	46	85	46	44
25	54	55	46	55	49	47	100	47	45
26	57	57	48	56	50	49	100	48	47
27	59	59	50	58	52	50	100	50	48
28	62	61	51	59	53	52	100	51	49
29	64	62	53	60	54	53	100	52	50
30	66	64	55	62	55	55	100	54	51
31	69	66	57	63	57	56	100	55	53
32	71	67	59	64	58	58	100	56	54
33	74	69	60	66	59	59	100	58	55
34	76	71	62	67	60	61	100	59	56
35	79	73	64	68	62	62	100	60	58
36	81	74	66	70	63	64	100	61	59
37	84	76	68	71	64	65	100	63	60
38	86	78	69	73	65	66	100	64	61
39	89	80	71	74	67	68	100	65	63
40	91	81	73	75	68	69	100	67	64
41	94	83	75	77	69	71	100	68	65
42	96	85	77	78	70	72	100	69	66
43	98	87	78	79	72	74	100	71	67
44	101	88	80	81	73	75	100	72	69
45	103	90	82	82	74	77	100	73	70
46	106	92	84	84	75	78	100	75	71
47	108	93	86	85	76	80	100	76	72
48	111	95	87	86	78	81	100	77	74
49	113	97	89	88	79	82	100	79	75
50	116	99	91	89	80	84	100	80	76
51	118	100	93	90	81	85	100	81	77
52	121	100	95	92	83	87	100	82	79
53	123	100	96	93	84	88	100	84	80
54	125	100	98	94	85	90	100	85	81
55	128	100	100	96	86	91	100	86	82
56	130	100	100	97	88	93	100	88	83
57	133	100	100	99	89	94	100	89	85
58	135	100	100	100	90	96	100	90	86
59	138	100	100	100	91	97	100	92	87
60	140	100	100	100	93	99	100	93	88

PD = Puntuación Directa

Tabla 38
Puntuaciones T para la subescala:
Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales
(mujeres)

PD	x ≤ 40 años			Edad entre 41 - 60 años			x > 60 años		
	Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad		
	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20
6	37	37	20	29	33	29	33	19	37
7	39	38	22	33	35	31	35	24	38
8	41	40	24	36	37	33	37	28	40
9	43	42	26	40	39	36	39	33	42
10	45	44	29	44	41	38	41	37	43
11	47	46	31	48	43	41	43	42	45
12	49	48	33	52	46	43	45	46	47
13	51	50	36	56	48	46	47	51	49
14	53	52	38	59	50	48	49	55	50
15	55	54	40	63	52	50	51	60	52
16	57	56	43	67	54	53	53	64	54
17	59	58	45	71	56	55	55	69	55
18	61	60	47	75	58	58	57	73	57
19	63	62	49	79	61	60	59	78	59
20	64	64	52	82	63	63	61	82	61
21	66	66	54	86	65	65	63	87	62
22	68	67	56	90	67	67	65	91	64
23	70	69	59	94	69	70	67	96	66
24	72	71	61	98	71	72	69	100	68
25	74	73	63	100	74	75	71	100	69
26	76	75	66	100	76	77	73	100	71
27	78	77	68	100	78	80	75	100	73
28	80	79	70	100	80	82	77	100	74
29	82	81	72	100	82	84	79	100	76
30	84	83	75	100	84	87	81	100	78

PD = Puntuación Directa

Tabla 39
Puntuaciones T para el Total escala ERA en mujeres

PD	x ≤ 40 años			Edad entre 41 - 60 años			x > 60 años		
	Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad		
	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20
35	27	29	18	30	30	23	26	29	31
36	27	29	18	30	30	23	27	30	32
37	28	30	19	31	31	24	27	30	32
38	29	31	20	32	31	25	28	31	33
39	30	31	20	33	32	25	29	31	33
40	30	32	21	33	32	26	30	32	34
41	31	33	21	34	33	26	30	32	34
42	32	33	22	35	33	27	31	33	34
43	33	34	23	36	34	28	32	33	35
44	33	35	23	36	34	28	32	34	35
45	34	35	24	37	35	29	33	34	36
46	35	36	24	38	35	30	34	35	36
47	35	37	25	39	36	30	34	35	36
48	36	37	25	40	36	31	35	36	37
49	37	38	26	40	37	32	36	36	37
50	38	39	27	41	37	32	37	37	38
51	38	39	27	42	38	33	37	37	38
52	39	40	28	43	38	34	38	38	38
53	40	41	28	43	39	34	39	38	39
54	41	41	29	44	39	35	39	39	39
55	41	42	30	45	40	35	40	39	40
56	42	43	30	46	40	36	41	40	40
57	43	43	31	46	41	37	42	40	40
58	44	44	31	47	41	37	42	41	41
59	44	45	32	48	42	38	43	41	41
60	45	45	33	49	42	39	44	42	42
61	46	46	33	50	43	39	44	42	42
62	47	47	34	50	43	40	45	43	42
63	47	47	34	51	44	41	46	43	43
64	48	48	35	52	44	41	47	44	43
65	49	49	36	53	45	42	47	44	44
66	50	49	36	53	45	43	48	45	44
67	50	50	37	54	46	43	49	45	44
68	51	51	37	55	46	44	49	46	45
69	52	51	38	56	47	45	50	46	45
70	53	52	39	56	48	45	51	47	46
71	53	53	39	57	48	46	51	47	46
72	54	53	40	58	49	46	52	48	46
73	55	54	40	59	49	47	53	48	47
74	56	55	41	60	50	48	54	49	47
75	56	55	42	60	50	48	54	49	48
76	57	56	42	61	51	49	55	50	48
77	58	57	43	62	51	50	56	50	48
78	59	57	43	63	52	50	56	51	49
79	59	58	44	63	52	51	57	51	49
80	60	59	45	64	53	52	58	52	50

PD = Puntuación Directa

Tabla 39 (continuación)
Puntuaciones T para el Total escala ERA en mujeres

PD	x ≤ 40 años			Edad entre 41 - 60 años			x > 60 años		
	Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad		
	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20
81	61	59	45	65	53	52	59	52	50
82	62	60	46	66	54	53	59	53	51
83	62	61	46	66	54	54	60	53	51
84	63	61	47	67	55	54	61	54	51
85	64	62	48	68	55	55	61	54	52
86	65	63	48	69	56	56	62	55	52
87	65	63	49	70	56	56	63	55	53
88	66	64	49	70	57	57	63	56	53
89	67	65	50	71	57	57	64	56	53
90	68	65	50	72	58	58	65	57	54
91	68	66	51	73	58	59	66	57	54
92	69	67	52	73	59	59	66	58	55
93	70	67	52	74	59	60	67	58	55
94	71	68	53	75	60	61	68	59	55
95	71	69	53	76	60	61	68	59	56
96	72	69	54	76	61	62	69	60	56
97	73	70	55	77	61	63	70	60	57
98	74	71	55	78	62	63	71	61	57
99	74	71	56	79	62	64	71	61	57
100	75	72	56	80	63	65	72	62	58
101	76	73	57	80	63	65	73	62	58
102	76	73	58	81	64	66	73	63	59
103	77	74	58	82	64	67	74	63	59
104	78	75	59	83	65	67	75	64	59
105	79	75	59	83	65	68	76	64	60
106	79	76	60	84	66	68	76	65	60
107	80	77	61	85	66	69	77	65	61
108	81	77	61	86	67	70	78	66	61
109	82	78	62	86	67	70	78	66	61
110	82	79	62	87	68	71	79	67	62
111	83	79	63	88	68	72	80	67	62
112	84	80	64	89	69	72	80	68	63
113	85	81	64	90	69	73	81	68	63
114	85	81	65	90	70	74	82	69	63
115	86	82	65	91	70	74	83	69	64
116	87	83	66	92	71	75	83	70	64
117	88	83	67	93	71	76	84	70	65
118	88	84	67	93	72	76	85	71	65
119	89	85	68	94	72	77	85	71	65
120	90	85	68	95	73	78	86	72	66
121	91	86	69	96	73	78	87	72	66
122	91	87	70	96	74	79	88	73	67
123	92	87	70	97	74	79	88	73	67
124	93	88	71	98	75	80	89	74	68
125	94	89	71	99	75	81	90	74	68
126	94	89	72	100	76	81	90	75	68
127	95	90	73	100	76	82	91	75	69
128	96	91	73	100	77	83	92	76	69
129	97	91	74	100	77	83	92	76	70
130	97	92	74	100	78	84	93	77	70
131	98	93	75	100	78	85	94	77	70
132	99	93	75	100	79	85	95	78	71
133	100	94	76	100	80	86	95	78	71
134	100	95	77	100	80	87	96	79	72
135	100	95	77	100	81	87	97	79	72
136	100	96	78	100	81	88	97	80	72

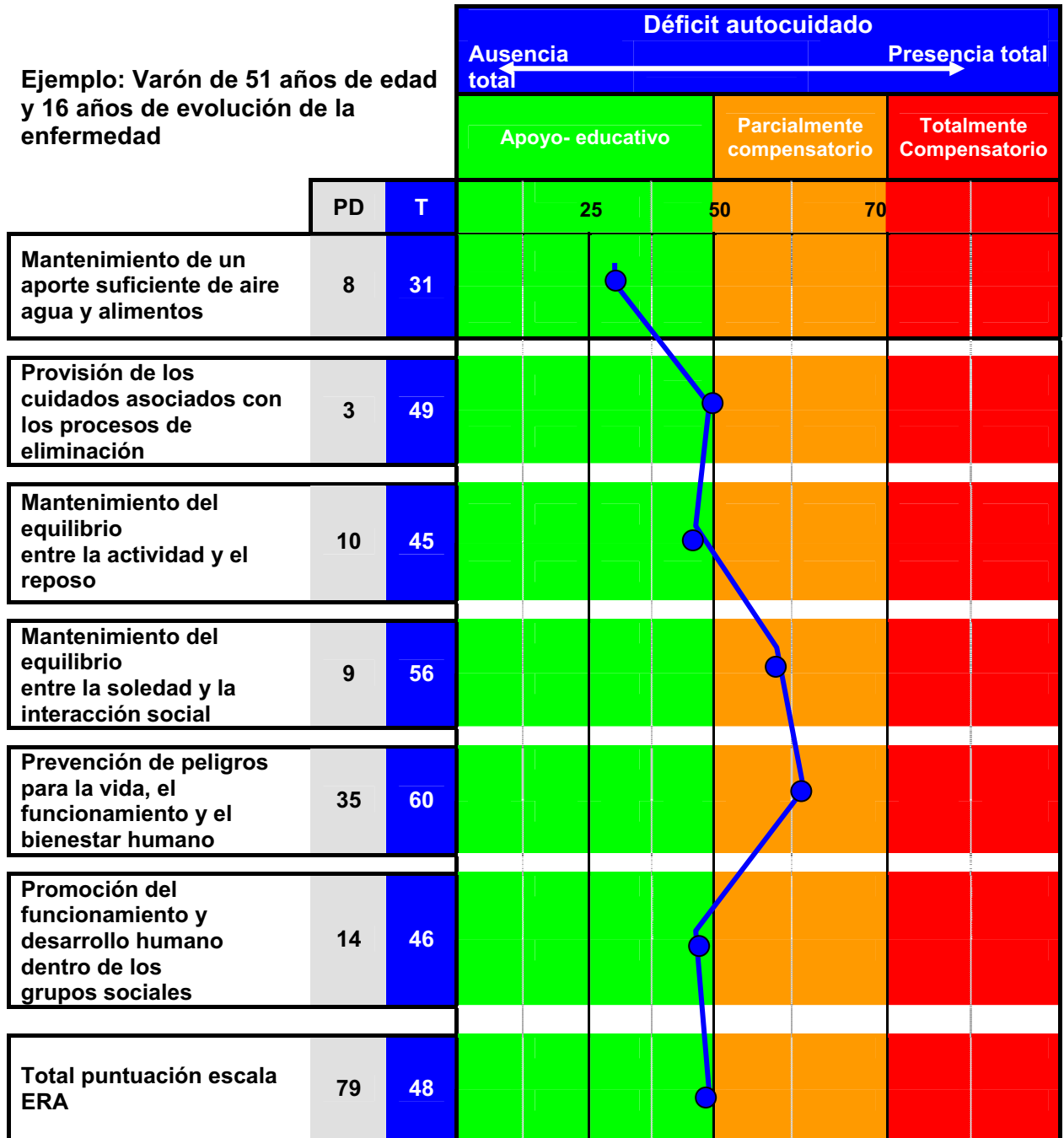
PD = Puntuación Directa

Tabla 39 (continuación)
Puntuaciones T para el Total escala ERA en mujeres

PD	x ≤ 40 años			Edad entre 41 - 60 años			x > 60 años		
	Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad			Años evolución enfermedad		
	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20	x ≤ 10	11 ≤ xi ≤ 20	x > 20
137	100	97	78	100	82	88	98	80	73
138	100	97	79	100	82	89	99	81	73
139	100	98	80	100	83	90	100	81	74
140	100	99	80	100	83	90	100	82	74
141	100	99	81	100	84	91	100	82	74
142	100	100	81	100	84	92	100	82	75
143	100	100	82	100	85	92	100	83	75
144	100	100	83	100	85	93	100	83	76
145	100	100	83	100	86	94	100	84	76
146	100	100	84	100	86	94	100	84	76
147	100	100	84	100	87	95	100	85	77
148	100	100	85	100	87	96	100	85	77
149	100	100	86	100	88	96	100	86	78
150	100	100	86	100	88	97	100	86	78
151	100	100	87	100	89	98	100	87	78
152	100	100	87	100	89	98	100	87	79
153	100	100	88	100	90	99	100	88	79
154	100	100	89	100	90	99	100	88	80
155	100	100	89	100	91	100	100	89	80
156	100	100	90	100	91	100	100	89	80
157	100	100	90	100	92	100	100	90	81
158	100	100	91	100	92	100	100	90	81
159	100	100	92	100	93	100	100	91	82
160	100	100	92	100	93	100	100	91	82
161	100	100	93	100	94	100	100	92	82
162	100	100	93	100	94	100	100	92	83
163	100	100	94	100	95	100	100	93	83
164	100	100	95	100	95	100	100	93	84
165	100	100	95	100	96	100	100	94	84
166	100	100	96	100	96	100	100	94	85
167	100	100	96	100	97	100	100	95	85
168	100	100	97	100	97	100	100	95	85
169	100	100	98	100	98	100	100	96	86
170	100	100	98	100	98	100	100	96	86
171	100	100	99	100	99	100	100	97	87
172	100	100	99	100	99	100	100	97	87
173	100	100	100	100	100	100	100	98	87
174	100	100	100	100	100	100	100	98	88
175	100	100	100	100	100	100	100	99	88

PD = Puntuación Directa

Figura 28
Perfil Gráfico con las puntuaciones directas para cada subescala y para el total de la escala ERA



ERA: Escala Requisitos de Autocuidado

PD: Puntuación Directa

T: Puntuación T

VII. Discusión

VII. Discusión

7.1 Discusión de los resultados obtenidos

Esta investigación ha permitido analizar las características psicométricas de una escala de valoración de requisitos de autocuidado en pacientes con esquizofrenia tratados en la comunidad, basada en la teoría de enfermería de D. Orem, y obtener al mismo tiempo valores de referencia para esta población.

Tal y como se ha indicado en el apartado de metodología, la validez de contenido de este instrumento se realizó mediante el consenso de profesionales expertos para verificar la idoneidad con la teoría de Dorothea Orem y comprobar que el cuestionario englobaba todos los aspectos relacionados con los requisitos de autocuidado. Así mismo, la revisión de la literatura ha permitido detectar por un lado, que existen otros instrumentos de medida que incluyen, dentro de las dimensiones que abarcan, el autocuidado de los pacientes, pero que no han sido diseñados específicamente para evaluar el autocuidado. Por otro lado, los cuestionarios que evalúan como eje fundamental el autocuidado, no incluyen los requisitos de autocuidado ni las dimensiones de la agencia de autocuidado descritas por D. Orem. El único instrumento basado en la teoría de D. Orem y que fue validado en pacientes con depresión es *The Mental Health-Related Self-Care Agency Scale* (West & Isenberg, 1997). De este instrumento no se dispone de evidencia de su utilización en estudios posteriores ni tampoco de su posible traducción y validación al castellano.

Características psicométricas

Los resultados de este estudio muestran que las características psicométricas de la escala ERA son buenas. Por un lado, tanto la consistencia interna, medida por el índice alfa de Cronbach, como la estabilidad temporal test-retest, medida por el coeficiente de correlación intraclase, son adecuadas. Por otra

parte, el análisis factorial muestra la existencia de seis factores o variables latentes, con una buena validez discriminante y convergente.

El índice alfa de Cronbach global ha sido de 0,87 y ha variado de 0,62 a 0,81 en 4 de las 6 dimensiones de la ERA. En las otras dos dimensiones, el índice ha sido inferior sobre todo en la dimensión 2 (provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación) con un coeficiente de correlación ítem corregido también inferior a 0,20. Esta dimensión está constituida por dos ítems, mientras que la utilización del coeficiente alfa de Cronbach expresa la consistencia interna entre 3 o más ítems. Por otro lado estas dos dimensiones miden básicamente los diferentes requisitos de autocuidado relacionados con los procesos vitales (mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos y la provisión de los cuidados relacionados con los procesos de eliminación). Por lo tanto, una alteración en uno de estos requisitos (aire, agua, alimentos y procesos de eliminación) no necesariamente implica la alteración en los otros.

De los otros cuestionarios revisados y que evalúan algún aspecto del autocuidado en pacientes psiquiátricos, sólo en 3 se analiza la consistencia interna, con una alfa de Cronbach de 0,90 en *The Mental Health-Related Self-Care Agency Scale* (MH-SCA) (West & Isenberg, 1997), 0,91 en *The Role Functioning Scale* (RFS) (Goodman et al., 1993) y 0,93 en *The Depression Coping Self-Efficacy Scale* (DCSES) (Perraud, 2000).

El Coeficiente de Correlación Intraclase global fue de 0,90, variando de 0,72 a 0,87 en todas las subescalas o dimensiones, lo que muestra una buena estabilidad temporal. El principal problema de la evaluación test-retest es la elección del intervalo de tiempo apropiado entre las dos evaluaciones: si es demasiado largo pueden haber cambios en las variables que se pretenden medir, pero si es demasiado corto los pacientes pueden recordar las respuestas de la primera evaluación. Normalmente depende del tipo de preguntas del test, aunque lo más frecuente es realizarlo entre los 2 y los 14 días (Streiner & Norman, 2003). En este estudio se realizó a los 15 días, por lo

que entendemos que no puede haber habido influencia de las respuestas del primer test.

Según el método de Bland y Atman se observa que la magnitud de las diferencias entre las dos escalas ERA es similar para todos los valores de la puntuación de la escala y se obtiene un porcentaje de acuerdo de un 93,7% para diferencias entre las dos mediciones de hasta 20 puntos, y de un 85,4% para diferencias de hasta 15 puntos. Estas diferencias no son clínicamente relevantes si tenemos en cuenta el rango de valores de la escala. Todos los demás análisis realizados para valorar la estabilidad temporal (procedimiento de Bradley-Blackwood, gráficos de acuerdo-supervivencia) indican también una buena fiabilidad.

De los cuestionarios revisados y que evalúan algún aspecto del autocuidado en pacientes psiquiátricos, en algunos de ellos no se informa del test-retest, excepto en el *Role Functioning Scale* (RFS) (Goodman et al., 1993) con un CCI de 0,85-0,92, el *Life Skills Profile* (LSP) (Parker et al., 1991) con un CCI de 0,78-0,90, el *Social Behaviour Schedule* (SBS) (Wykes & Sturt, 1986) con un CCI de 0,83, y el *Personal and Social Performance Scale* (PSP) (Morosini et al., 2000) con un CCI mayor o igual a 0,70. Además en 3 cuestionarios se analizó la variabilidad interobservador, mostrando un CCI de 0,64 - 0,92 en el *Role Functioning Scale* (RFS) (Goodman et al., 1993), un CCI de más de 0,87 en el *Scale for Social Adaptive Functioning Evaluation* (SAFE) (Harvey et al., 1997), un CCI de 0,77 - 0,83 en el *Life Skills Profile* (LSP) (Parker et al., 1991) y una buena concordancia interobservador en el *Disability Assessment Scale* (DAS II) (World Health Organization, 1985) y en el *Social Behaviour Schedule* (SBS) (Wykes & Sturt, 1986).

La validez discriminante mostró que la escala ERA era capaz de discriminar entre individuos con diferentes niveles de severidad o GAF, y la validez convergente mostró una correlación negativa con la escala LSP ($\rho = -0,50$, $p < 0,01$). Datos similares se han obtenido en los otros cuestionarios analizados, donde la escala *Personal and Social Performance Scale* (PSP) (Morosini et al.,

2000) presentó una elevada correlación con la escala *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) y permitió discriminar entre diferentes categorías de la Escala de Impresión de Gravedad Clínica Global (CGI-S). La escala de evaluación del funcionamiento social de las discapacidades sociales "*Groningen Social Disabilities Schedule*" (GSDS) (Wiersma et al., 1988) se correlacionó negativamente con las dimensiones de los síntomas negativos del *The Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS), y la escala *Scale for Social Adaptive Functioning Evaluation* (SAFE) (Harvey et al., 1997) se correlacionó significativamente con la puntuación total del *Mini Mental State Examination* (MMSE) y con la subescala negativa de la escala *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS). En la escala *Role Functioning Scale* (RFS) (Goodman et al., 1993) los sujetos sanos puntuaron significativamente superior que los sujetos con trastornos psiquiátricos. La *The Mental Health-Related Self-Care Agency Scale* (MH-SCA) (West & Isenberg, 1997) presentó diferencias significativas entre mujeres con o sin depresión y la *The Depression Coping Self-Efficacy Scale* (DCSES) (Perraud, 2000) obtuvo una correlación negativa con *The Beck Depression Inventory* (BDI) ($r=-0,73$) y una correlación positiva con la escala de Funcionamiento de la Actividad Global (GAF) ($r=0,50$). La escala *Life Skills Profile* (LSP) (Parker et al., 1991) presentó una correlación moderada con las puntuaciones del KAS (*Katz Adjustment Scale*) y una débil asociación con el BPRS (*The Brief Psychiatric Rating Scale*). La escala SBS (*Social Behaviour Schedule*) (Wykes & Sturt, 1986) permitió discriminar entre pacientes hospitalizados en unidades de corta estancia con respecto a otros pacientes ingresados en unidades de larga y media estancia.

La utilización del análisis factorial confirmatorio ha permitido comprobar que encuadra con el modelo teórico de los Requisitos de Autocuidado de la teoría de enfermería de D. Orem de la que se partía (con seis dimensiones), apoyada tanto en la bibliografía como en la opinión de los expertos.

Hay dos ítems que presentan una baja carga factorial y estadísticamente no significativa. Uno de éstos es el ítem 8 (eliminación fecal), y el otro ítem es el 25 (consumo de bebidas excitantes). Ambos ítems deberían revisarse en una

versión posterior de la escala y sobre todo se tendría que ampliar el número de ítems del factor 2 (provisión de los procesos en los cuidados de eliminación).

Los índices de ajuste analizados del modelo, tanto los índices de ajuste absoluto: GFI (*Googness- of-fit Index*) y RMSE (*Root Mean Standard Error*), como los índices de ajuste incremental AGFI (*Adjusted Goodness-of-fit Index*), el BBNFI (*Bentler Bonnet Normed Fit Index*) y el BBNNFI (*Bentler Bonnet Non Normed Fit Index*) y los índices de ajuste de parsimonia como Chi-cuadrado normalizada, presentan todos ellos un buen ajuste, por lo que se puede concluir que el modelo se ajusta convenientemente.

Baremación

Los pacientes varones, los de mayor edad y aquellos con más años de evolución de la enfermedad son los que obtienen una mayor puntuación de la escala ERA, presentando mayor déficit de autocuidado. La mayor puntuación en los varones puede estar relacionada con factores socioculturales de nuestro entorno, donde el hombre ha participado en menor grado que las mujeres en las actividades de autocuidado. Por otro lado, la edad es un factor importante que influye en la agencia de autocuidado y es lógico pensar que a más años de evolución de la enfermedad probablemente exista un mayor deterioro. Según Dorothea Orem (Orem, 2001) los factores condicionantes básicos que afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido son la edad, el sexo, el estado de desarrollo, el estado de salud, la orientación sociocultural, los factores del sistema de cuidado de salud, los factores del sistema familiar, el patrón de vida, los factores ambientales y la disponibilidad y adecuación de los recursos.

La utilidad de un instrumento depende básicamente de su fiabilidad y validez pero también de su interpretabilidad clínica. La estrategia más utilizada para aumentar esta interpretabilidad es obtener valores poblacionales de referencia. Las puntuaciones obtenidas en este estudio nos dan estos valores de referencia pudiendo ser de utilidad para valorar el déficit de requisitos de autocuidado en otros grupos de pacientes con esquizofrenia. Para

determinados grupos de sexo, edad y años de evolución no se han podido determinar estos valores de referencia por no estar representados suficientemente en la muestra de estudio. Puede ser debido, o bien a que realmente en estos grupos de pacientes el número de casos habitualmente es pequeño, o bien puede ser como consecuencia de la técnica de muestreo que se ha utilizado (muestreo consecutivo).

Una dificultad de los cuestionarios que están constituidos por diferentes subescalas, es que la puntuación total de la escala puede ser difícil de interpretar si cada subescala valora un aspecto diferente y, además, cada subescala está compuesta por un número diferente de ítems. Una posible solución es transformar la puntuación de la escala en alguna forma para facilitar su interpretación. A partir de la baremación se ha diseñado una aplicación informática (ERA versión 1.0) que permite al profesional de enfermería introducir las puntuaciones obtenidas en cada ítem del cuestionario y directamente se obtiene un perfil gráfico en el que se representa para cada subescala según el sexo, la edad y los años de evolución dentro de la población de sus mismas características, en qué situación se encuentra. Además de una forma rápida y visual nos informa de las áreas de autocuidado sobre las que hay que actuar indicándonos el tipo de intervención más adecuada para cada déficit de autocuidado.

7.2 Limitaciones del estudio

Una limitación de este estudio es que la muestra utilizada es una población procedente de una zona determinada de Cataluña (provincia de Barcelona), y puede no ser representativa de toda Cataluña o de otras provincias de España. En otros estudios realizados en pacientes diagnosticados de esquizofrenia en España y tratados en la comunidad (Ciudad et al., 2008; Gabaldón Poc et al., 2010), las características sociodemográficas y clínicas son muy similares a la muestra utilizada en este estudio.

Para evaluar la validez convergente se ha utilizado el cuestionario LSP porque es un cuestionario que permite valorar la funcionalidad general en las actividades de la vida diaria. Puede ser que este instrumento no sea el más adecuado para analizar esta validez, aunque es el único que está traducido y validado al castellano, siendo el más utilizado en nuestro medio en pacientes con trastornos mentales.

Una particular limitación es la dificultad de poder comparar los resultados de este estudio con los de otros estudios que también valoran el autocuidado en pacientes con esquizofrenia, ya que el presente estudio se basa en la agencia del autocuidado de la teoría de D. Orem, mientras que los otros estudios evalúan el autocuidado desde otras perspectivas.

Como consecuencia de la buena situación funcional en alguna de las dimensiones de una gran proporción de los sujetos en el medio comunitario, esta escala mostró un efecto suelo en dos ítems. En un ensayo clínico no conviene usar instrumentos que contengan ítems donde más del 70% de los pacientes respondan o contesten el valor o la categoría más extrema (efecto “suelo” o efecto “techo”). Pero en un estudio transversal donde se pretende describir el estado de salud de la población interesa usar instrumentos donde los pacientes puedan contestar a todas las posibles respuestas en función de su gravedad (Argimon & Jiménez, 2004).

En este estudio, aparte de analizar la estabilidad temporal, se ha analizado la variabilidad interobservador, ya que la segunda encuesta ha sido realizada por otra persona distinta a la que realizó la primera encuesta. En este sentido, si el coeficiente de correlación intraclase es bajo, no se puede asegurar de forma cierta si se debe a la existencia de una baja fiabilidad test-retest o a las diferencias existentes entre los dos observadores. Pero como en esta investigación el coeficiente de correlación intraclase ha sido alto se asume que tanto la fiabilidad test-retest como la variabilidad interobservador son altas.

Por último, hay que comentar que no se ha podido evaluar la sensibilidad al cambio del cuestionario ni la validez predictiva, ya que el diseño del estudio ha sido transversal, por lo que podría plantearse en estudios posteriores.

7.3 Recomendaciones

La escala ha demostrado tener unas buenas propiedades psicométricas de fiabilidad y validez aunque en estudios posteriores se podría evaluar la sensibilidad al cambio para completar su validación, así como la validez predictiva. En este sentido, sería interesante valorar hasta qué punto esta nueva escala de medida es capaz de predecir las recaídas o los reingresos hospitalarios de estos pacientes.

Por otro lado esta escala se podría validar en otro tipo de poblaciones, ya sean en pacientes diagnosticados de esquizofrenia hospitalizados como en pacientes con otro tipo de patología mental. También se podría valorar la posibilidad de realizar estudios incluyendo a población general sana (sin trastorno mental).

Tal y como se ha comentado antes para la baremación se podrían plantear la inclusión de individuos con edades y años de evolución poco representados en este estudio.

Por último se debería revisar la dimensión 2 (provisión de los cuidados asociados a los procesos de eliminación), con la finalidad de incorporar más ítems para mejorar la validez de constructo y aumentar la consistencia interna de esta dimensión.

7.4 Aplicabilidad práctica

Se trata de un cuestionario original elaborado en castellano y no de una traducción o adaptación de otro cuestionario realizado en otra lengua. Dada la influencia que pueden ejercer las diferentes culturas en las medidas de la evaluación del autocuidado, supone una ventaja importante para ser utilizado en nuestro medio respecto a otros cuestionarios.

El cuestionario es fácil de utilizar por enfermeras especialistas en salud mental mediante una entrevista semiestructurada, ya que la parametrización de cada ítem permite su fácil cumplimentación, y no se requiere un especial entrenamiento previo. Al mismo tiempo, sólo se precisan aproximadamente entre 20 a 30 minutos por entrevista, por lo que puede ser factible para utilizarlo en la práctica clínica habitual.

Es importante disponer de un instrumento validado que analice el autocuidado en pacientes psiquiátricos desde la perspectiva enfermera, tal y como se describe en otros estudios (Gallego et al., 2001). En este sentido, los resultados de la escala ERA y de las diferentes subescalas permiten evaluar las necesidades de estos pacientes en relación a los requisitos de autocuidado, orientando al profesional de enfermería en el desarrollo del plan de cuidados más adecuado para cada paciente. Consecuentemente, al implementar intervenciones enfermeras con el objetivo de aumentar los requisitos de autocuidado se podrá aumentar la autonomía del paciente, disminuir la carga del cuidador y probablemente se podrá incidir en la disminución de las recaídas, objetivos, todos ellos, recogidos y propuestos por múltiples autores (Kennedy et al., 2000; van Meijel, van der Gaag, Kahn, & Grypdonck, 2003; van Meijel, Kruitwagen, van der Gaag, Kahn, & Grypdonck, 2006).

VIII. Conclusiones

VIII. Conclusiones

- 1 La escala ERA tiene una alta validez de contenido al ser evaluada por profesionales expertos en fundamentos de enfermería, por profesionales con experiencia a nivel asistencial y por profesionales expertos en psicometría.
- 2 La escala ERA ha demostrado ser aceptable y fácil de administrar en los pacientes atendidos en los Centros de Salud Mental (CSM).
- 3 La escala ERA tiene una buena fiabilidad, tanto en términos de consistencia interna como de estabilidad temporal.
- 4 La validez convergente, de la Escala de Requisitos de Autocuidado (ERA) en comparación con la escala *Life Skills Profile* (LSP) y la validez discriminante entre grupo de pacientes con diferentes niveles de gravedad según la escala de Funcionamiento de la Actividad Global (GAF), fueron adecuadas.
- 5 La validez de constructo muestra la existencia de 6 factores o variables latentes, aunque el factor 2 está poco representado.
- 6 Se ha establecido el perfil gráfico según edad, sexo y años de evolución de la esquizofrenia a partir de los valores de referencia poblacionales.
- 7 Por su fiabilidad y validez esta escala puede ser utilizada tanto en la investigación como en la práctica clínica diaria.

IX. Referencias Bibliográficas

IX. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Andrews, D. R., Richard, D., & Aroian, K. (2009). Factor structure of the denyes self care practice instrument (DSCPI-90). *Western Journal of Nursing Research*, 31(6), 799-811.
- Apiquian, R., Elena Ulloa, R., Herrera-Estrella, M., Moreno-Gomez, A., Erosa, S., Contreras, V., et al. (2009). Validity of the spanish version of the personal and social performance scale in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 112(1-3), 181-186.
- Argimon, J. M., & Jiménez, J. (2004). *Métodos de investigación clínica y epidemiológica* (3ª ed.). Madrid: Elsevier SA.
- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: A review. *Pharmacoeconomics*, 26(2), 149-162.
- Ayuso-Mateos, J. L., Gutierrez-Recacha, P., Haro, J. M., & Chisholm, D. (2006). Estimating the prevalence of schizophrenia in spain using a disease model. *Schizophrenia Research*, 86(1-3), 194-201.
- Baker, C. (1995). The development of the self-care ability to detect early signs of relapse among individuals who have schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(5), 261-268.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Barbato, A. (1998). *Schizophrenia and public health*. geneve: Division of mental health and prevention of substance abuse.

- Bland, J. M., & Altman, D. G. (1986). Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet*, 1(8476), 307-310.
- Bland, J. M., & Altman, D. G. (1997). Cronbach's alpha. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 314(7080), 572.
- Bland, J. M., & Altman, D. G. (2010). Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *International Journal of Nursing Studies*, 47(8), 931-936.
- Bollen, K. A., & Long, J. S. *Testing structural equation models* (1993rd ed.). Newbury Park: Sage Publications.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen, & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newbury Park: CA: Sage.
- Bulbena Vilarrasa, A., Larrinoa, F. D., & Dominguez Panchon, A.I. (1992). Adaptación castelana de la escala LSP (life skills profile). perfil de habilidades de la vida cotidiana. estructura y composición factorial. *Actas Luso-Españolas De Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 20(2), 51-60.
- Burgés, V., Fernández, A., Autonell, J., Melloni, F., & Bulbena, A. (2007). Adaptación y validación española del life skills profile, forma abreviada (LSP-20): Un instrumento para valorar las habilidades de la vida cotidiana en contextos clínicos reales. *Actas Españolas De Psiquiatría*, 35(2), 79-88.
- Burns, T., & Patrick, D. (2007). Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(6), 403-418.
- Callaghan, D. (2005). Healthy behaviors, self-efficacy, self-care, and basic conditioning factors in older adults. *Journal of Community Health Nursing*, 22(3), 169-178.

- Canty-Mitchell, J. (2001). Life change events, hope, and self-care agency in inner-city adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing : Official Publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 14(1), 18-31.
- Carniaux C. (2000). Valoración por parte de la enfermera en psiquiatría. In P. G. O'Brien, W. Z. Kennedy & K. A. Ballard (Eds.), *Enfermería psiquiátrica* (1ª ed., pp. 51-80). México: McGraw-Hill.
- Carter, P. A. (1998). Self-care agency: The concept and how it is measured. *Journal of Nursing Measurement*, 6(2), 195-207.
- Castilla, A., López, M., Chavarría, V., Sanjuán, M., Canut, P., Martínez, M., et al. (1998). La carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 18(68), 621-642.
- Cavanagh S.J. (1993). *Modelo de orem. aplicación práctica*. Barcelona: Masson, S.A.
- Centeno M, Pino O, & Rojo J.E. (2006). Esquizofrenia. In J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (6ª ed., pp. 447-468). Barcelona (España): Elsevier Masson.
- Ciudad, A., Haro, J. M., Alonso, J., Bousoño, M., Suarez, D., Novick, D., et al. (2008). The schizophrenia outpatient health outcomes (SOHO) study: 3-year results of antipsychotic treatment discontinuation and related clinical factors in Spain. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 23(1), 1-7.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1995). Constructing validity basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7(3), 309-319.
- Clark, C. C. (1998). Wellness self-care by healthy older adults. *Image--the Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 351-355.

- Clarke, P. N., Allison, S. E., Berbiglia, V. A., & Taylor, S. G. (2009). The impact of dorothea E. orem's life and work: An interview with orem scholars. *Nursing Science Quarterly*, 22(1), 41-46.
- Cleveland, S. A. (1989). Re: 'perceived self-care agency: A LISREL factor analysis of bickel and hanson's questionnaire'. *Nursing Research*, 38(1), 59.
- Cronbach, L. J. (1951, Coefficient alpha and the internal structure of tests.16, 297-334.
- Cutler, C. (2003). Assessing patients' perception of self-care agency in psychiatric care. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(2), 199-211.
- Cutler, C. G. (2001). Self-care agency and symptom management in patients treated for mood disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 15(1), 24-31.
- Denyes, M. J. (1988). Orem's model used for health promotion: Directions from research. *ANS.Advances in Nursing Science*, 11(1), 13-21.
- Denyes, M. J., Orem, D. E., Bekel, G., & SozWiss. (2001). Self-care: A foundational science. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 48-54.
- Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., et al. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 48-70.
- Droulout, T., Liraud, F., & Verdoux, H. (2003). Relationships between insight and medication adherence in subjects with psychosis. [Influence de la conscience du trouble et de la perception subjective du traitement sur l'observance medicamenteuse dans les troubles psychotiques] *L'Encephale*, 29(5), 430-437.

- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L., & Cohen, J. (1976). The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33(6), 766-771.
- Evers, G. C., Isenberg, M. A., Philipsen, H., Senten, M., & Brouns, G. (1993a). Validity testing of the dutch translation of the appraisal of the self-care agency A.S.A.-scale. *International Journal of Nursing Studies*, 30(4), 331-342.
- Faraone, S. V., Chen, W. J., Goldstein, J. M., & Tsuang, M. T. (1994). Gender differences in age at onset of schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 164(5), 625-629.
- Fawcett, J. (1984). The metaparadigm of nursing: Present status and future refinements. *Image--the Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84-89.
- Fleiss JL. (1981). *Statistical methods for rates and proportions* (2^a ed.). Toronto: Willey.
- Fok, M. S., Alexander, M. F., Wong, T. K., & McFayden, A. K. (2002). Contextualising the appraisal of self-care agency scale in hong kong. *Contemporary Nurse : A Journal for the Australian Nursing Profession*, 12(2), 124-134.
- Gabaldón Poc, O., Ruiz Iriondo, M., Bilbao Ramírez, M. A., Burguera, J. M., Alústiza García, A., Erkizia Amilibia, B., et al. (2010). Rehabilitación cognitiva en trastornos psiquiátricos graves: Aplicación de los subprogramas cognitivos de la terapia psicológica integrada (IPT). *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 30(1), 93-107.
- Gaffney, K. F., & Moore, J. B. (1996). Testing orem's theory of self-care deficit: Dependent care agent performance for children. *Nursing Science Quarterly*, 9(4), 160-164.
- Gallego, C. F., Roger, M. R., Bonet, I., Vinets, L. G., Ribas, A. P., Pisa, R. L., et al. (2001). Validation of a questionnaire to evaluate the quality of life of

nonprofessional caregivers of dependent persons. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 548-554.

Geden, E., & Taylor, S. (1991). Construct and empirical validity of the self-as-carer inventory. *Nursing Research*, 40(1), 47-50.

Geden, E. A., & Taylor, S. G. (1999). Theoretical and empirical description of adult couples' collaborative self-care systems. *Nursing Science Quarterly*, 12(4), 329-334.

Goldman, H. H., Skodol, A. E., & Lave, T. R. (1992). Revising axis V for DSM-IV: A review of measures of social functioning. *The American Journal of Psychiatry*, 149(9), 1148-1156.

Goldstein, J. M. (1988). Gender differences in the course of schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 145(6), 684-689.

Goodman, S. H., Sewell, D. R., Cooley, E. L., & Leavitt, N. (1993). Assessing levels of adaptive functioning: The role functioning scale. *Community Mental Health Journal*, 29(2), 119-131.

Hamera, E. K., Peterson, K. A., Handley, S. M., Plumlee, A. A., & Frank-Ragan, E. (1991). Patient self-regulation and functioning in schizophrenia. *Hospital & Community Psychiatry*, 42(6), 630-631.

Hardy, M. E. (1978). Perspectives on nursing theory. *ANS:Advances in Nursing Science*, 1(1), 37-48.

Hare, E. (1988). Schizophrenia as a recent disease. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 153, 521-531.

Haro, J. M., Salvador-Carulla, L., Cabases, J., Madoz, V., & Vazquez-Barquero, J. L. (1998). Utilisation of mental health services and costs of patients with schizophrenia in three areas of Spain. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 173, 334-340.

- Harris, J. L. (1990). Self-care actions of chronic schizophrenics associated with meeting solitude and social interaction requisites. *Archives of Psychiatric Nursing, 4*(5), 298-307.
- Harvey, P. D., Davidson, M., Mueser, K. T., Parrella, M., White, L., & Powchik, P. (1997). Social-adaptive functioning evaluation (SAFE): A rating scale for geriatric psychiatric patients. *Schizophrenia Bulletin, 23*(1), 131-145.
- Holmberg, S. K., & Kane, C. (1999). Health and self-care practices of persons with schizophrenia. *Psychiatric Services (Washington, D.C.), 50*(6), 827-829.
- Jaarsma, T., Halfens, R., Tan, F., Abu-Saad, H. H., Dracup, K., & Diederiks, J. (2000). Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: The effect of a supportive educational intervention. *Heart & Lung : The Journal of Critical Care, 29*(5), 319-330.
- Jaju, A., & Crask, M. R. (1999). The perfect design: Optimization between reliability, validity, redundancy in scale items and response rates. *Am. Market Assoc, 10*, 127-131.
- Joint Committee on Standards for Educational and Psychological Testing of the American Educational Research Association, the American Psychological Association, and the National Council on Measurement in Education. (2008). *Standars for educational and psychological testing* (5th ed.). Washington, DC: American Educational Research Association.
- Juckel, G., Schaub, D., Fuchs, N., Naumann, U., Uhl, I., Witthaus, H., et al. (2008). Validation of the personal and social performance (PSP) scale in a german sample of acutely ill patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research, 104*(1-3), 287-293.
- Kao, Y. C., & Liu, Y. P. (2010a). Compliance and schizophrenia: The predictive potential of insight into illness, symptoms, and side effects. *Comprehensive Psychiatry, 51*(6), 557-565.

- Kawata, A. K., & Revicki, D. A. (2008). Psychometric properties of the personal and social performance scale (PSP) among individuals with schizophrenia living in the community. *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 17(10), 1247-1256.
- Kearney, B. Y., & Fleischer, B. J. (1979). Development of an instrument to measure exercise of self-care agency. *Research in Nursing & Health*, 2(1), 25-34.
- Kennedy, M. G., Schepp, K. G., & O'Connor, F. W. (2000). Symptom self-management and relapse in schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(6), 266-275.
- Larrinoa, F. D., Bulbena Vilarrasa, A., & Dominguez Panchon, A.I. (1992). Estudio de la fiabilidad, validez y consistencia interna de la escala LSP (life skills profile). perfil de habilidades de la vida cotidiana. *Actas Luso-Españolas De Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 20(2), 71-75.
- Lehman, A. F., Kreyenbuhl, J., Buchanan, R. W., Dickerson, F. B., Dixon, L. B., Goldberg, R., et al. (2004). The schizophrenia patient outcomes research team (PORT): Updated treatment recommendations 2003. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 193-217.
- Llorca, J., & Delgado-Rodriguez, M. (2005). Survival analytical techniques were used to assess agreement of a quantitative variable. *Journal of Clinical Epidemiology*, 58(3), 314-315.
- Lorensen, M., Holter, I. M., Evers, G. C., Isenberg, M. A., & van Achterberg, T. (1993). Cross-cultural testing of the "appraisal of self-care agency: ASA scale" in norway. *International Journal of Nursing Studies*, 30(1), 15-23.
- Luiz, R. R., Costa, A. J., Kale, P. L., & Werneck, G. L. (2003). Assessment of agreement of a quantitative variable: A new graphical approach. *Journal of Clinical Epidemiology*, 56(10), 963-967.

- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35(6), 382-385.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., Maj, M., & National Mental Health Project Working Group. (2005). Family burden in long-term diseases: A comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Social Science & Medicine* (1982), 61(2), 313-322.
- Manuel Batista-Foguet, J., Coenders, G., & Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Medicina Clínica*, 122, 21-27.
- Mapanga, K. G., & Andrews, C. M. (1995). The influence of family and friends' basic conditioning factors and self-care agency on unmarried teenage primiparas' engagement in contraceptive practice. *Journal of Community Health Nursing*, 12(2), 89-100.
- Martínez-González, M. A., Sánchez-Villegas, A., & Faulin-Fajardo, J. (2006). *Bioestadística amigable* (2ª ed.). España: Ediciones Díaz de Santos.
- Matteelli, A., Casalini, C., Raviglione, M. C., El-Hamad, I., Scolari, C., Bombana, E., et al. (2000). Supervised preventive therapy for latent tuberculosis infection in illegal immigrants in Italy. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 162(5), 1653-1655.
- McBride, S. H. (1991). Comparative analysis of three instruments designed to measure self-care agency. *Nursing Research*, 40(1), 12-16.
- McCaleb, A., & Edgil, A. (1994). Self-concept and self-care practices of healthy adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 9(4), 233-238.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30, 67-76.

- McGrath, J., Saha, S., Welham, J., El Saadi, O., MacCauley, C., & Chant, D. (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: The distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Medicine*, 2, 13.
- Moore, J. B. (1995). Measuring the self-care practice of children and adolescents: Instrument development. *Maternal-Child Nursing Journal*, 23(3), 101-108.
- Moore, J. B., & Gaffney, K. F. (1989). Development of an instrument to measure mothers' performance of self-care activities for children. *ANS. Advances in Nursing Science*, 12(1), 76-83.
- Moore, J. B., & Pichler, V. H. (2000). Measurement of orem's basic conditioning factors: A review of published research. *Nursing Science Quarterly*, 13(2), 137-142.
- Morosini, P. L., Magliano, L., Brambilla, L., Ugolini, S., & Pioli, R. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV social and occupational functioning assessment scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(4), 323-329.
- Muñiz J. (2003). *Teoría clásica de los test* (2ª ed., 5ª imp ed.). Madrid: Ediciones Pirámide, S.A.
- Muñiz, J. (1996). *Psicometría* (1ª ed.). Madrid: Universitas.
- Muñoz Mendoza, C., Cabrero García, J., Richart Martínez, M., Orts Cortés, M., & Cabañero Martínez, M. (2005). La medición de los autocuidados: Una revisión de la bibliografía. *Enfermería Clínica*, 15(2), 76-87.
- Murray CJL, L. A. (1996). *Global health statistics: A compendium of incidence, prevalence and mortality estimates for over 200 conditions* Cambridge: Harvard University Press.

- Nahcivan, N. O. (2004). A turkish language equivalence of the exercise of self-care agency scale. *Western Journal of Nursing Research*, 26(7), 813-824.
- Nasrallah, H., Morosini, P., & Gagnon, D. D. (2008). Reliability, validity and ability to detect change of the personal and social performance scale in patients with stable schizophrenia. *Psychiatry Research*, 161(2), 213-224.
- Ochoa, S., Haro, J. M., Autonell, J., Pendas, A., Teba, F., Marquez, M., et al. (2003). Met and unmet needs of schizophrenia patients in a spanish sample. *Schizophrenia Bulletin*, 29(2), 201-210.
- Oldridge, M. L., & Hughes, I. C. (1992). Psychological well-being in families with a member suffering from schizophrenia. an investigation into long-standing problems. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 161, 249-251.
- Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. España: Masson-Salvat Enfermería.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th edn. ed.). St. Louis: Mosby Year Book Co.
- Organización Mundial de la Salud. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. (10a. revisión. v. 3 ed.). Washington, D.C: OPS; 1995.
- Oviedo, H. C., & Campo-Arias, A. (2005). Aproximación al uso del coeficiente alfa de cronbach. *Revista Colombiana De Psiquiatría*, XXXIV(4), 573-580.
- Parker, G., Rosen, A., Emdur, N., & Hadzi-Pavlov, D. (1991). The life skills profile: Psychometric properties of a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83(2), 145-152.
- Patrick, D. L., Burns, T., Morosini, P., Rothman, M., Gagnon, D. D., Wild, D., et al. (2009). Reliability, validity and ability to detect change of the clinician-

rated personal and social performance scale in patients with acute symptoms of schizophrenia. *Current Medical Research and Opinion*, 25(2), 325-338.

Perraud, S. (2000). Development of the depression coping self-efficacy scale (DCSES). *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(6), 276-284.

Pipatananond P, & Hanucharurnkul S. (2003). Development of the psychiatric patients' caregiver burden scale (the PPCBS). *Thai J Nurs Res*, 7(1), 37-48.

Rial, A., Varela, J., Abalo, J., & Lévy, J. P. (2006). El análisis factorial confirmatorio. In J. P. Lévy, & J. Varella (Eds.), *Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales* (pp. 119-154). España: Gesbiblo, S.L.

Rielh-Sisca J. (1992). Teoría general de enfermería de orem. una interpretación. In Rielh-Sisca J (Ed.), *Modelos conceptuales de enfermería* (pp. 289-297). Barcelona: Doyma.

Rivera Álvarez, L. N. (2006). Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de bogotá, colombia. *Revista De Salud Pública*, 8(3), 235-247.

Robichaud-Ekstrand, A. S., & Loiselle, C. G. (1998). French validation of the "exercise of self-care agency" scale for heart patients. [Validation Francaise de l'echelle du "exercice of self-care agency" aupres de patients cardiaques] *Recherche En Soins Infirmiers*, (54)(54), 77-86.

Rodríguez Pulido, F., Hernández Sotomayor, C., Rodríguez García, A., & Tost Pardo, L. (2004). Epidemiología de la esquizofrenia: Dificultades de los estudios. *Psiquis*, 25(5), 203-218.

Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D., & Parker, G. (1989). The life skills profile: A measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 325-337.

- Rosen, A., Trauer, T., Hadzi-Pavlovic, D., & Parker, G. (2001). Development of a brief form of the life skills profile: The LSP-20. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(5), 677-683.
- Saha, S., Chant, D., & McGrath, J. (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time? *Archives of General Psychiatry*, 64(10), 1123-1131.
- Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Medicine*, 2(5), e141.
- Salleh, M. R. (1990). Psychiatric morbidity in schizophrenic relatives--use of self-reporting questionnaires (SRQ). *Singapore Medical Journal*, 31(5), 457-462.
- Sánchez Rueda, G. (1999). Dorothea E. orem. aproximación a su teoría. *Revista Rol De Enfermería*, 22(4), 309-311.
- Schene, A. H., van Wijngaarden, B., & Koeter, M. W. (1998). Family caregiving in schizophrenia: Domains and distress. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 609-618.
- Schennach-Wolff, R., Jager, M., Seemuller, F., Obermeier, M., Messer, T., Laux, G., et al. (2009). Defining and predicting functional outcome in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 113(2-3), 210-217.
- Smolen, D. M., & Topp, R. (2001). Self-care agency and quality of life among adults diagnosed with inflammatory bowel disease. *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 10(4), 379-387.
- Soderhamn, O., Evers, G., & Hamrin, E. (1996). A swedish version of the appraisal of self-care agency (ASA) scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10(1), 3-9.

- Solomon, P., Draine, J., Mannion, E., & Meisel, M. (1998). Increased contact with community mental health resources as a potential benefit of family education. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 49(3), 333-339.
- Soni, S. D., Mallik, A., Reed, P., & Gaskell, K. (1992). Differences between chronic schizophrenic patients in the hospital and in the community. *Hospital & Community Psychiatry*, 43(12), 1233-1238.
- Streiner DL, & Norman GR. (2003). *Health measurement scales. A practical guide to their development and use* (Third ed.). New York: Oxford University Press.
- Szklo M, & Nieto J. (2003). *Epidemiología intermedia. concepto y aplicaciones*. España: Ediciones Diaz de Santos.
- Tandon, R., Keshavan, M. S., & Nasrallah, H. A. (2008). Schizophrenia, "just the facts" what we know in 2008. 2. epidemiology and etiology. *Schizophrenia Research*, 102(1-3), 1-18.
- Taylor, S. G. (2007). Dorothea E. Orem Teoría del déficit de autocuidado. In Marriner A, & Raile M (Eds.), *Modelos y teorías en enfermería* (6ª ed., pp. 267-295). España: Elsevier.
- Taylor, S. G., Renpenning, K. E., Geden, E. A., Neuman, B. M., & Hart, M. A. (2001). A theory of dependent-care: A corollary theory to orem's theory of self-care. *Nursing Science Quarterly*, 14(1), 39-47.
- Tizón J.L, Artigue J, Parra B, Sorribes M, Ferrando J, Pérez C, et al. (2008). Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva? *Clínica y Salud*, 19(1), 27-58.
- Tizon, J. L., Ferrando, J., Pares, A., Artigue, J., Parra, B., & Perez, C. (2007). Schizophrenic disorders in primary care mental health. [Trastornos esquizofrenicos en la atencion primaria a la salud mental] *Atencion Primaria / Sociedad Espanola De Medicina De Familia y Comunitaria*, 39(3), 119-24; discussion 125-6.

- Tokem, Y., Akyol, A. D., & Argon, G. (2007). The relationship between disability and self-care agency of turkish people with rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Nursing, 16*(3A), 44-50.
- Trauer, T., Duckmanton, R. A., & Chiu, E. (1995). The life skills profile: A study of its psychometric properties. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 29*(3), 492-499.
- Usall, J. (2003). Diferencias de género en la esquizofrenia. *Revista De Psiquiatría De La Facultad De Medicina De Barcelona, 30*(5), 276-287.
- van Achterberg, T., Lorensen, M., Isenberg, M. A., Evers, G. C., Levin, E., & Philipsen, H. (1991). The norwegian, danish and dutch version of the appraisal of self-care agency scale; comparing reliability aspects. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 5*(2), 101-108.
- van Meijel, B., Kruitwagen, C., van der Gaag, M., Kahn, R. S., & Grypdonck, M. H. (2006). An intervention study to prevent relapse in patients with schizophrenia. *Journal of Nursing Scholarship : An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau, 38*(1), 42-49.
- van Meijel, B., van der Gaag, M., Kahn, R. S., & Grypdonck, M. H. (2003). Relapse prevention in patients with schizophrenia: The application of an intervention protocol in nursing practice. *Archives of Psychiatric Nursing, 17*(4), 165-172.
- van Os, J., & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet, 374*(9690), 635-645.
- Ward-Griffin, C., & Bramwell, L. (1990). The congruence of elderly client and nurse perceptions of the clients' self-care agency. *Journal of Advanced Nursing, 15*(9), 1070-1077.

- Weaver, M. T. (1987). Perceived self-care agency: A LISREL factor analysis of bickel and hanson's questionnaire. *Nursing Research*, 36(6), 381-387.
- Weesley, R. L. (1997). *Teorías y modelos de enfermería* (2ª ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- West, P., & Isenberg, M. (1997a). Instrument development: The mental health-related self-care agency scale. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11(3), 126-132.
- Wiersma, D., DeJong, A., & Ormel, J. (1988). The groningen social disabilities schedule: Development, relationship with I.C.I.D.H., and psychometric properties. *International Journal of Rehabilitation Research. Internationale Zeitschrift Fur Rehabilitationsforschung. Revue Internationale De Recherches De Readaptation*, 11(3), 213-224.
- Williams, J. Clasificación psiquiátrica. In R. E. Hales, S. C. Yudofsky & J. A. Talbott (Eds.), *Tratado de psiquiatría* (3rd ed., pp. 221-246). Barcelona: Masson, SA.
- Worakul, P., Thavichachart, N., & Lueboonthavatchai, P. (2007). Effects of psycho-educational program on knowledge and attitude upon schizophrenia of schizophrenic patients' caregivers. *Journal of the Medical Association of Thailand = Chotmai het Thangphaet*, 90(6), 1199-1204.
- World Health Organization. (1985). *Disability assessment scale (DAS II)*. Geneva: WHO.
- Wu, E. Q., Birnbaum, H. G., Shi, L., Ball, D. E., Kessler, R. C., Moulis, M., et al. (2005). The economic burden of schizophrenia in the united states in 2002. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(9), 1122-1129.
- Wykes, T., & Sturt, E. (1986). The measurement of social behaviour in psychiatric patients: An assessment of the reliability and validity of the SBS schedule. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 148, 1-11.

Yamashita, M. (1998). The exercise of self-care agency scale. *Western Journal of Nursing Research*, 20(3), 370-381.

X. Anexos

Anexo I

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO

“Validación de una escala de requisitos de Autocuidado según la Teoría de enfermería de Dorothea Orem para pacientes diagnosticados de esquizofrenia”

Barcelona, a..... de.....de 200.....

Sr/Sra....., con DNI....., declaro que se me ha solicitado participar en el estudio de investigación, “Validación de una escala de requisitos de Autocuidado para pacientes diagnosticados de esquizofrenia según la Teoría de enfermería de Dorothea Orem”, y manifiesto que:

1. He recibido y comprendido la información sobre el estudio en el que participaré.
2. He recibido una hoja informativa que explica las características del estudio.
3. He sido informado de las implicaciones derivadas de mi participación.
4. Soy consciente que mi participación es voluntaria y me puedo retirar en el momento que lo decida sin haber de dar explicaciones y sin que repercuta en mi atención.
5. De acuerdo con la L.O. 15 / 1999, de 13 Diciembre y de Protección de Datos de Carácter Personal (artículo 3, punto 6 del Real Decreto 223 / 2004), declaro haber sido informado del registro de datos de Sant Joan de Déu-SSM y de su utilización para investigación por parte del investigador principal del proyecto.

Estoy de acuerdo en participar en el estudio.

El interesado/a:..... Investigador/a:.....

Firma:..... Firma:.....

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

“Validación de una Escala de Requisitos de Autocuidado según la Teoría de enfermería de Dorothea Orem para pacientes diagnosticados de esquizofrenia”

Estimado /da Sr. / Sra.....

Solicitamos su colaboración para participar en el proyecto de investigación “Validación de una Escala de Requisitos de Autocuidado para pacientes con trastorno mental según la Teoría de enfermería de Dorothea Orem”.

El estudio implicará dos sesiones de evaluación. En la primera se administrará la escala *Life Skills Profile* (la escala pretende medir el nivel de funcionamiento general y la incapacidad de los usuarios con trastorno mental) y la escala de valoración de Requisitos de Autocuidado (ERA) (que pretende identificar posibles déficit en la satisfacción de los requisitos de autocuidado). En la segunda se administrará nuevamente la escala de valoración de Requisitos de Autocuidado, en un periodo aproximado de quince días.

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar de ella en cualquier momento sin que haya de dar explicaciones a nadie. La negativa en la participación a la investigación no tendrá ninguna repercusión en su tratamiento. En cualquier caso, participe o no en el estudio, seguirá recibiendo las visitas habituales.

Toda la información sobre usted y su enfermedad será tratada de manera confidencial y solo podrá tener acceso a ella los profesionales responsables de su atención.

Si desea más información sobre este proyecto puede hablar con los profesionales responsables del estudio.

Anexo II

BRAINSTORMING:

**POSIBLES DIFICULTADES DE LOS PACIENTES
DIAGNOSTICADOS DE ESQUIZOFRENIA**

Brainstorming:

- Dificultad en las relaciones personales.
- Dificultad en las relaciones sociales.
- Dificultad para administrarse el dinero.
- Dificultad para asistir de forma regular a actividades.
- Dificultad para buscar ayuda, asistencia.
- Dificultad para comer las cantidades adecuadas de alimentos.
- Dificultad para comprar alimentos.
- Dificultad para comprar ropa.
- Dificultad para comunicarse con otras personas.
- Dificultad para comunicarse de forma clara y adecuada.
- Dificultad para concentrarse.
- Dificultad para conciliar el sueño.
- Dificultad para controlar el riesgo del consumo de tabaco.
- Dificultad para controlar el tratamiento.
- Dificultad para controlar la ingestión de alcohol.
- Dificultad para controlar la ingestión de drogas.
- Dificultad para controlar la micción durante la noche.
- Dificultad para controlar su propia medicación.
- Dificultad para cuidarse las uñas.
- Dificultad para decidir, seleccionar y comprar las cosas necesarias para el hogar.
- Dificultad para describir los efectos secundarios de la medicación.
- Dificultad para describir el riesgo asociado con la actividad sexual.
- Dificultad para desplazarse utilizando el transporte público.
- Dificultad para disminuir el consumo excesivo de café.
- Dificultad para el cumplimiento de los roles personales.
- Dificultad para escoger la ropa adecuada.
- Dificultad para establecer lazos personales.
- Dificultad para evitar el consumo de sustancias tóxicas (cocaína, hachis,...).
- Dificultad para evitar el consumo fármacos hipnóticos.

Dificultad para expresar conocimientos en relación a las enfermedades de transmisión sexual.

Dificultad para expresar sentimientos.

Dificultad para identificar la dosis correcta.

Dificultad para identificar signos y síntomas que indiquen riesgo.

Dificultad para interpretar las etiquetas de los alimentos.

Dificultad para mantener el contacto ocular.

Dificultad para mantener el puesto laboral.

Dificultad para mantener el sueño.

Dificultad para mantener en buen estado la ropa.

Dificultad para mantener la ropa limpio.

Dificultad para mantener una apariencia pulcra.

Dificultad para mantener una higiene adecuada.

Dificultad para mostrar un afecto apropiado.

Dificultad para no fumar.

Dificultad para ordenar la habitación, ropa en los armarios.

Dificultad para organizar el tiempo.

Dificultad para participar en actividades.

Dificultad para participar en actividades sociales.

Dificultad para participar en las tradiciones familiares.

Dificultad para peinarse, lavarse la cara, afeitarse.

Dificultad para prepararse la comida.

Dificultad para realizar ejercicio físico.

Dificultad para realizar las actividades de la vida diaria.

Dificultad para realizar las tareas del hogar.

Dificultad para realizar una higiene bucal adecuada (déficit).

Dificultad para realizar una ingesta adecuada de líquidos.

Dificultad para realizar una rutina habitual.

Dificultad para reconocer el riesgo del abuso de alcohol.

Dificultad para reconocer el riesgo y consecuencias del abuso de drogas.

Dificultad para reconocer necesidades de seguridad en el hogar.

Dificultad para referir contactos sociales de soporte adecuados.

Dificultad para referir la existencia de personas que pueden ayudarlo cuando lo necesitan.

Dificultad para referir relaciones de confianza.

Dificultad para referir relaciones íntimas saludables.

Dificultad para relacionarse con las personas de su entorno.

Dificultad para seguir el programa de tratamiento.

Dificultad para servir la comida.

Dificultad para solicitar ayuda cuando o precisan

Dificultad para tener la vivienda razonablemente limpia.

Dificultad para tomar decisiones.

Dificultad para tomar decisiones propias.

Dificultad para usar adecuadamente el wc.

Dificultad para utilizar precauciones para disminuir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual.

Dificultad para utilizar estrategias para mejorar su salud.

Dificultad para utilizar métodos de barrera para prevenir enfermedades de transmisión sexual.

Dificultad para verbalizar confianza en sí mismo.

Dificultad para vestirse adecuadamente.

Dificultad para vincularse a los dispositivos.

Dificultada para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria.

Dificultades en relación a la eliminación (alteración del patrón de eliminación).

Anexo III

ESCALA DE REQUISITOS DE AUTOCUIDADO (ERA)

ESCALA DE REQUISITOS DE AUTOCUIDADO (ERA)

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO I, II y III:

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire, agua y alimentos

1. La persona es capaz de realizar actividades físicas sin mostrar signos de fatiga respiratoria:

- 1** Es capaz realizar gran actividad física de esfuerzo o subir 2 o más pisos sin mostrar signos de fatiga respiratoria
- 2** Es capaz de realizar una gran actividad física de esfuerzo o subir 2 o más pisos presentando ligera fatiga respiratoria.
- 3** Es capaz de realizar una actividad física moderada (subir 1 piso,...) presentado ligera fatiga respiratoria.
- 4** Presenta signos de fatiga respiratoria simplemente cuando realiza varias actividades de la vida diaria (vestirse, ducharse, hacerse la cama,...).
- 5** Es incapaz (no puede) de realizar las actividades de la vida diaria sin mostrar signos de fatiga respiratoria.

2. Consumo de tabaco:

- 1** No consume
- 2** Consume esporádicamente (en ocasiones puntuales, reuniones familiares, bodas...)
- 3** Consume menos de 5 cigarrillos / día
- 4** Consume de 5 a 20 cigarrillos al día
- 5** Consume más de 20 cigarrillos al día.

3. ¿Ingiere la persona un aporte adecuado de líquidos? Se considera un aporte diario adecuado de líquidos cuando la persona bebe entre 1 y 2 litros de líquidos (agua, cualquier bebida,...).

- 1** Siempre bebe entre 1 y 2 litros de líquidos al día.
- 2** Casi siempre bebe entre 1 y 2 litros de líquidos al día.
- 3** Entre 0,5 – 1 litros ó > 2,5 - 3 litros.
- 4** Casi diariamente bebe más de 3 litros.
- 5** Bebe diariamente más de 3 litros.

4. ¿Tiene la persona conocimientos para realizar una dieta equilibrada?
(conoce diferentes grupos de alimentos, y las cantidades adecuadas)

- 1 Describe diferentes grupos de alimentos y cantidades recomendadas
- 2 Capaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y conoce aproximadamente las cantidades recomendadas. (Clasifica los alimentos a partir de ejemplos).
- 3 Capaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas.
- 4 Tiene dificultades para clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas
- 5 Es incapaz de clasificar los alimentos en los diferentes grupos y no conoce las cantidades recomendadas

5. ¿La persona toma una cantidad adecuada de alimentos en relación a su necesidad diaria? Se valorará si su peso corresponde con su altura, edad, sexo y actividad física. También se tendrá en cuenta si los platos son abundantes, si repite, si come o pica fuera de las comidas, si suele dejarse comida en el plato, si se salta comidas, si introduce todos los grupos en su dieta.

- 1 Siempre es muy adecuada
- 2 Casi siempre la cantidad de alimentos ingerida es adecuada: “solo 1 día a la semana realiza una ingesta inadecuada”
- 3 La cantidad de alimentos ingerida regularmente es adecuada: “entre 2 y 3 días a la semana realiza ingestas inadecuadas”
- 4 La cantidad de alimentos ingerida es inadecuada: “4 o más días a la semana realiza ingestas inadecuadas”
- 5 La cantidad de alimentos ingerida es muy inadecuada: “cada día realiza ingestas inadecuadas”

6. ¿Tiene la persona los conocimientos y habilidades suficientes para PREPARARSE la comida cuando precisa?

- 1 (ej. Dispone de todos los conocimientos para elaborar la comida y normalmente se prepara el desayuno, comida y cena cuando precisa “vive solo,...”).
- 2 (ej. Solo tiene conocimientos para preparar un menú repetitivo y limitado aunque normalmente se prepara el desayuno, comida y cena).
- 3 (ej. Dispone parcialmente de conocimientos para elaborar las comidas y es capaz de preparar comidas sencillas, como por ejemplo, ensaladas, comidas pre-cocinadas,...).
- 4 (ej. Dispone parcialmente de los conocimientos para elaborar la comida aunque normalmente no se prepara el desayuno, comida y cena cuando precisa).
- 5 (ej. No dispone de conocimientos para elaborar la comida y no se prepara ninguna comida).

REQUISITO DE AUTOCUIDADO IV:

Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación.

7. ¿Tiene problemas la persona para el control de esfínter urinario?

- 1 Tiene control total de los esfínteres
- 2 Esporádicamente en los dos últimos meses ha tenido durante la noche/día algún episodio de incontinencia.
- 3 Ocasionalmente ha tenido episodios de incontinencia relacionada sobre todo con cambios de tratamiento o alguna situación estresante,...
- 4 Casi diariamente (más de dos episodios semanalmente)
- 5 Diariamente presenta micciones involuntarias durante la noche/día

8. ¿Tiene la persona problemas con su eliminación fecal?

- 1 Manifiesta que durante los dos últimos meses evacua según su pauta personal, no ha precisado de laxantes, ni ha tenido molestias durante la defecación, ni tampoco realiza ninguna dieta especial,...
- 2 Durante los dos últimos meses ha tenido algún episodio aislado (recuerda menos de 2 ocasiones) de constipación, o alguna molestia durante la defecación,
- 3 Durante los dos últimos meses tiene algunas dificultades para defecar, no precisa de laxantes, aunque si precisa hacer dieta rica en fibra y/o practicar ejercicio regularmente
- 4 Durante los dos últimos meses tiene ciertas dificultades para defecar, precisa utilizar regularmente laxantes o manifiesta dolor, o distensión abdominal continuada, o presenta alteraciones en la zona perianal como hemorroides,..
- 5 Durante los dos últimos meses tiene muchas dificultades para defecar, incluso con ayuda de laxantes o manifiesta dolor, o distensión abdominal continuado, o presenta alteraciones en la zona perianal como hemorroides,..

**REQUISITO DE AUTOCUIDADO V:
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo**

9. La persona tiene conocimientos para mantener un hogar saludable
(limpieza del hogar “barrer el suelo, fregar, limpiar el polvo,...”, comprar, cocinar, cuidado de la ropa “poner lavadoras, planchar”,..)

- 1 Sabe como realizar todas las tareas domésticas
- 2 Sabe realizarlas casi todas
- 3 Sabe realizar alguna de ellas
- 4 No sabe realiza casi ninguna
- 5 No sabe como realizar ninguna

10. La persona realiza las tareas domésticas que precisa para mantener un hogar saludable

- 1 Diariamente
- 2 Casi diariamente
- 3 Ocasionalmente
- 4 Casi nunca
- 5 No las realiza

11. Grado de motivación que tiene la persona para realizar las tareas domésticas

- 1 Realiza fácilmente las tareas domésticas por iniciativa propia (sin necesidad de que se le tenga que recordar).
- 2 Alguna vez se le tiene que recordar y realiza todas las actividades.
- 3 A menudo se le debe recordar y realiza todas las actividades
- 4 Siempre se le debe recordar que ha de realizar las actividades, y sólo realiza algunas.
- 5 No las realiza incluso recordándoselas

12. ¿Grado de cumplimiento de las actividades fuera del hogar? (trabajo, prelaboral, Centre de Día, actividades deportivas, paseo, actividades comunitarias o formativas,...)

- 1 Siempre las cumple
- 2 Casi siempre
- 3 Ocasionalmente
- 4 Casi nunca
- 5 No las cumple

13. ¿Grado de motivación de las actividades fuera del hogar? (trabajo, prelaboral, Centre de Día, actividades deportivas, paseo, actividades comunitarias o formativas...).

- 1** Cumple sus actividades programadas por iniciativa propia
- 2** Cumple sus actividades programadas por iniciativa propia (en alguna ocasión se le tiene que recordar)
- 3** Cumple sus actividades programadas bajo supervisión
- 4** No cumple sus actividades programadas (incluso bajo supervisión)
- 5** No realiza ninguna actividad y no tiene motivación para iniciar alguna actividad.

14. Hábito de sueño – reposo ¿Tiene la persona dificultades para conciliar, mantener y/o tener un sueño reparador?

- 1** No tiene dificultad para conciliar el sueño (antes de 30 minutos) y siempre duerme de 6 - 9 horas diarias con sueño reparador (sensación subjetiva de haber descansado bien).
- 2** Casi nunca tiene dificultad para conciliar el sueño y habitualmente duerme de 6 - 9 horas diarias con sueño reparador (sensación subjetiva de haber descansado bien).
- 3** En ocasiones tiene dificultades para conciliar y/o mantener el sueño durante la noche, y habitualmente tiene la sensación subjetiva de haber descansado bien.
- 4** Casi siempre tiene dificultades para conciliar y mantener el sueño durante la noche y no tiene la sensación de haber descansado bien, y compensa con sueños a lo largo del día
- 5** Siempre Tiene dificultades para conciliar el sueño y para mantenerlo, o presenta alteraciones importantes en el ritmo circadiano (↑↓). Duerme un exceso de horas (14 o más horas)

**REQUISITO DE AUTOCUIDADO VI:
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social**

15. Grado de interacción social: valorar las dificultades en la interacción social, tiene contactos con familiares y/o amigos u otras personas de su entorno, amistades,.. (Aquí se debe incluir también si el usuario se relaciona con las posibles personas con las que conviva, como por ejemplo si come con ellos, conversaciones espontáneas,...)

- 1 Mantiene contactos sin ninguna dificultad con diferentes personas (familia, amigos, compañeros o conocidos).
- 2 Mantiene con cierta dificultad contactos con diferentes personas (familia, amigos, compañeros o conocidos)
- 3 Mantiene contactos con alguna dificultad, los mantiene únicamente con personas muy significativas (familia personas con las que convive)
- 4 Mantiene con muchas dificultades contactos incluso con personas significativas
- 5 Mantiene con muchas dificultades contactos incluso con personas significativas

16. Grado de satisfacción de las relaciones sociales (satisfacción) la persona se siente comprendida, valorada y apoyada por sus familiares, amigos y otras personas del entorno.

- 1 La persona se siente comprendido, valorado y apoyado por sus familiares, amigos y otras personas del entorno
- 2 La persona se siente comprendido, valorado y apoyado por algunos de sus familiares, o amigos u otras personas del entorno
- 3 La persona en algunas ocasiones se siente comprendido, valorado y apoyado por sus familiares, amigos u otras personas del entorno.
- 4 La persona siempre se siente incomprendido, infravalorado y poco apoyado por la mayoría de sus familiares, amigos u otras personas del entorno.
- 5 No sabe evaluar las relaciones sociales.

17. ¿Tiene la persona dificultades para mantener relaciones de amistad o de pareja?

- 1 Mantiene sin ninguna dificultad las relaciones. (Contactos periódicos con varias personas Ej. Llamadas telefónicas, encuentros).
- 2 Mantiene con cierta dificultad (Contactos esporádicos con varias personas Ej. Llamada telefónicas, encuentros)
- 3 Mantiene con muchas dificultades (Contactos esporádicos con una sola persona)
- 4 Le cuesta mantener las relaciones (No tiene capacidad de mantener relaciones)
- 5 Evita y no tiene capacidad de mantener (No mantiene relaciones y evita tenerlas)

**REQUISITO DE AUTOCUIDADO VII:
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.**

18. La persona realiza una higiene adecuada (incluye la higiene dental, sudoración excesiva, olor corporal, cambio de ropa, desodorantes...)

- 1 Se asea diariamente de manera adecuada, de forma autónoma
- 2 Casi diariamente se asea de manera adecuada, de forma autónoma
- 3 Alguna dificultad en el aseo tanto en la frecuencia como en la calidad, en ocasiones precisa supervisión
- 4 Muchas dificultades en el aseo personal, tanto en la frecuencia como en la calidad, y precisa supervisión
- 5 Déficit muy importante en el aseo personal, dependencia total para mantener hábito de higiene adecuado

19. Usa la persona una vestimenta limpia y adecuada al tiempo y lugar.

- 1 Siempre vestimenta limpia y adecuada al tiempo y lugar
- 2 Casi siempre limpia y adecuada al tiempo y lugar
- 3 Vestimenta limpia pero poco adecuada al tiempo y lugar y/o extravagante
- 4 Vestimenta sucia y poco adecuada al tiempo y lugar y/o extravagante
- 5 Vestimenta sucia y muy inadecuada al tiempo y lugar y/o extravagante

20. Reconoce la persona los síntomas de descompensación y tiene la capacidad para Solicitar la ayuda correspondiente.

- 1 Sabe reconocer los síntomas de descompensación y es capaz de solicitar ayuda
- 2 Tiene algunas dificultades para identificar los síntomas de descompensación correctamente y es capaz de solicitar ayuda a pesar de tener dudas.
- 3 Tiene algunas dificultades para identificar los síntomas de descompensación correctamente y no siempre solicita ayuda.
- 4 Tiene dificultades para reconocer los síntomas de descompensación y es incapaz de solicitar ayuda.
- 5 No sabe reconocer los síntomas de descompensación y es incapaz de solicitar ayuda.

21. Grado de cumplimiento, manejo del tratamiento farmacológico

- 1 Siempre lo cumple de forma autónoma: dosis, horario de las tomas.
- 2 Casi siempre lo cumple pero en ocasiones precisa supervisión
- 3 Acepta pasivamente la pauta prescrita.
- 4 Muestra resistencia para aceptar el tratamiento.
- 5 Nunca lo cumple. Abandono del tratamiento.

22. Grado de cumplimiento visitas de seguimiento

- 1 Acude de forma autónoma a las visitas de seguimiento
- 2 Casi siempre acude pero en ocasiones precisa supervisión
- 3 Acude con dificultad a las visitas de seguimiento, precisa supervisión.
- 4 Casi nunca acude a las visitas de seguimientos, estrecha supervisión
- 5 Nunca acude a las visitas programadas, desvinculación

23. ¿Consume la persona sustancias tóxicas? (se excluye consumo de tabaco, se valorará si conoce la interacción con medicamentos, sobre la conducción de vehículos y los efectos en el sistema nervios central por consumo de sustancias).

- 1 No consume ninguna sustancia.
- 2 No consume, pero con anterioridad ha consumido puntualmente.
- 3 Consume puntualmente.
- 4 Consume casi diariamente.
- 5 Consume diariamente.

24. ¿Reconoce la persona los riesgos del consumo de sustancias tóxicas? (se excluye consumo de tabaco, se valorará si conoce la interacción con medicamentos, sobre la conducción de vehículos y los efectos en el sistema nervios central por consumo de sustancias).

- 1 La persona reconoce todos los riesgos.
- 2 La persona reconoce casi todos los riesgos.
- 3 La persona no reconoce casi ninguno.
- 4 La persona no reconoce ninguno.
- 5 Considera positivo el consumo de tóxicos.

25. ¿Consume la persona bebidas excitantes (café, coca-cola, te, red-bull...)?

- 1 La persona no consume bebidas excitantes
- 2 Consumo leve (entre una y dos bebidas excitantes)
- 3 Consume moderado (entre tres y cuatro bebidas excitantes)
- 4 Consumo excesivo (entre 5 y 8 bebidas excitantes)
- 5 Consumo muy excesivo (más de 8 bebidas excitantes)

26. El paciente conoce los riesgos y los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.

- 1 Tiene los conocimientos
- 2 Tiene casi todos los conocimientos
- 3 Tiene algunos conocimientos
- 4 No tiene casi ninguno
- 5 No los tiene

27. Utiliza los métodos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual.

- 1 Siempre los utiliza o utilizaría
- 2 Casi siempre los utiliza
- 3 En algunas ocasiones no los utiliza
- 4 Casi nunca los utiliza
- 5 No los utiliza nunca

28. ¿Siente la persona ansiedad para desempeñar las actividades de la vida cotidiana? (en una escala de 0 a 10, donde 0 es ausencia de ansiedad y 10 es pánico)

- 1 La ansiedad no interfiere en las actividades de la vida diaria, (ansiedad de 0 a 2)
- 2 Casi nunca interfiere (ansiedad de 3 a 4)
- 3 En algunas ocasiones interfiere.(ansiedad de 5 a 6)
- 4 Casi siempre.(ansiedad de 7 a 8)
- 5 Ansiedad es paralizante.(ansiedad de 9 a 10)

29. ¿Siente la persona ansiedad cuando se encuentra en contacto con otras personas? (en una escala de 0 a 10, donde 0 es ausencia de ansiedad y 10 es pánico)

- 1 Nunca (ansiedad de 0 a 2)
- 2 Casi nunca (ansiedad de 3 a 4)
- 3 En algunas ocasiones (ansiedad de 5 a 6)
- 4 Casi siempre (ansiedad de 7 a 8)
- 5 Siempre (ansiedad de 9 a 10)

**REQUISITO DE AUTOCUIDADO VIII:
Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.**

30. ¿Tiene la persona las habilidades para manejar adecuadamente sus recursos económicos?

- 1 Los maneja adecuadamente de forma autónoma
- 2 No tiene dificultades puntualmente necesita ayuda
- 3 Tiene alguna dificultad, generalmente necesita supervisión
- 4 Incapaz de manejarlos, precisa de supervisión continua
- 5 Incapaz, precisa de supervisión legal (incapacitación)

31. En general ¿Manifiesta la persona sentirse satisfecha con el desarrollo de sus roles ? (satisfecho con su vida)

- 1 Manifiesta sentirse siempre satisfecho
- 2 Manifiesta sentirse casi siempre satisfecho
- 3 Manifiesta sentirse a menudo satisfecho
- 4 Manifiesta sentirse en pocas ocasiones
- 5 Manifiesta sentirse nunca o casi nunca satisfecho

32. ¿Manifiesta la persona tener dificultades para asumir sus roles? (dificultades con su día a día).

- 1 Manifiesta no tener dificultades
- 2 Manifiesta tener pocas dificultades
- 3 Manifiesta tener bastantes dificultades
- 4 Manifiesta tener muchas dificultades
- 5 Manifiesta ser incapaz de asumir su rol social

33. ¿Manifiesta la persona tener dificultades para tomar sus propias decisiones en la vida cotidiana? (manifiesta dudas o temores excesivos)

- 1 Nunca tiene dificultades
- 2 Casi nunca tiene dificultades
- 3 Algunas veces tiene dificultades
- 4 Casi siempre tiene dificultades
- 5 Siempre tiene dificultades

34. ¿Tiene capacidad de afrontar situaciones sociales nuevas? (celebraciones familiares, viajes, reuniones, fiestas de la comunidad...) Def. de afrontamiento: Proceso por el cual el individuo es capaz de tomar decisiones, hacer frente a los problemas e intentar solucionarlos.

- 1 Las afronta sin ninguna dificultad
- 2 Las afronta casi siempre sin ninguna dificultad
- 3 Las afronta con bastantes dificultades
- 4 Las afronta con muchas dificultades evitando alguna situación
- 5 Evita siempre las situaciones

35. ¿Está la persona interesada o motivada para aprender y adaptar en su vida diaria nuevas conductas saludables que favorezcan su bienestar personal y su calidad de vida? (Si los tuviera recoger ejemplos...)

- 1 Está muy interesada o motivada
- 2 Está interesada o motivada
- 3 Está poco interesada o motivada
- 4 No verbaliza ningún interés o motivación.
- 5 Se niega a realizar cualquier cambio en sus conductas.

Anexo IV

**ESCALA SOBRE EL PERFIL DE HABILIDADES DE LA
VIDA COTIDIANA “LSP”**

Descripción:

Cada ítem responde a una escala con cuatro posibilidades de mayor (4 puntos) a menor funcionalidad (1 punto).

La escala *Life Skills Profile* (LSP) (Parker et al., 1991) se compone de cinco subescalas. Una puntuación alta en cada escala o para el total del LSP indicaría un nivel de funcionamiento alto. Las puntuaciones de las subescalas vienen de la suma de las puntuaciones de los ítems de la siguiente forma:

- Autocuidado: 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 27 y 30. (A)
- Comportamiento social interpersonal: 2, 5, 6, 9, 11, 25, 29, 34, 36 y 37.(CSI)
- Comunicación - contacto social: 1, 3, 4, 7, 8 y 39. (C)
- Comportamiento social no personal: 28, 31, 32, 33, 35 y 38. (CSNP)
- Vida autónoma: 15, 20, 21, 22, 23, 24 y 26. (VA)

**ESCALA SOBRE EL PERFIL DE HABILIDADES DE LA VIDA COTIDIANA
– LIFE SKILL PROFILE “LSP” -**

**1. ¿Tiene alguna dificultad en iniciar y responder en una conversación?
(C)**

- 4 Ninguna dificultad
- 3 Ligera dificultad
- 2 Moderada dificultad
- 1 Extrema dificultad

2. ¿Suele meterse o interrumpir en las conversaciones de otros (por ejemplo, le interrumpe cuando usted esta hablando)? (CSI)

- 4 No interrumpe en absoluto
- 3 Ligeramente intrusivo
- 2 Moderadamente intrusivo
- 1 Extremadamente intrusivo

3. ¿Está generalmente aislado de contacto social? (C)

- 4 No se aísla en absoluto
- 3 Ligeramente aislado
- 2 Moderadamente aislado
- 1 Totalmente (o casi) aislado

4. ¿Suele mostrarse afectuoso con los demás? (C)

- 4 Considerablemente cordial
- 3 Moderadamente cordial
- 2 Ligeramente cordial
- 1 Nada cordial en absoluto

5. ¿Suele estar normalmente enfadada/o o ser puntillosa/o con otras personas? (CSI)

- 4 En absoluto
- 3 Ligeramente
- 2 Moderadamente
- 1 Extremadamente

6. ¿Suele ofenderse fácilmente? (CSI)

- 4 No se ofende
- 3 Algo rápido en enfadarse
- 2 Bastante presto a enfadarse
- 1 Extremadamente presto a enfadarse

7. ¿Suele mirar a las personas cuando habla con ellos? (C)

- 4 Contacto visual adecuado
- 3 Ligeramente reducido
- 2 Moderadamente reducido
- 1 Extremadamente reducido

8. ¿Resulta normalmente difícil entender a esta persona por la forma en que habla (por ejemplo, confusa, alterada o desordenadamente)? (C)

- 4 Ninguna dificultad
- 3 Ligeramente difícil
- 2 Moderadamente difícil
- 1 Extremadamente difícil

9. ¿Suele hablar sobre temas raros o extraños? (CSI)

- 4 En absoluto
- 3 Ligeramente
- 2 Moderadamente
- 1 Extremadamente

10. ¿Suele estar generalmente bien presentado (por ejemplo, vestido limpio, pelo peinado)? (A)

- 4 Bien presentado
- 3 Moderadamente bien presentado
- 2 Pobremente presentado
- 1 Muy pobremente presentado

11. ¿Suele ser su apariencia personal (aspecto facial, gestos) apropiada para el ambiente que se mueve? (CSI)

- 4 Intachable o apropiada
- 3 Ligeramente inapropiada
- 2 Moderadamente inapropiada
- 1 Extremadamente inapropiada

12. ¿Suele lavarse esta persona sin tener que recordárselo? (A)

- 4 Generalmente
- 3 Ocasionalmente
- 2 Raramente
- 1 Nunca

13. ¿Suele tener olor ofensivo (por ejemplo, en el cuerpo, aliento o ropas)? (A)

- 4 En absoluto
- 3 Ligeramente
- 2 Moderadamente
- 1 Extremadamente

14. ¿Suele vestir ropas limpias normalmente o se asegura de que se limpiarán si están sucias? (A)

- 4 Mantiene limpieza de la ropa
- 3 Moderada limpieza
- 2 Pobre limpieza de la ropa
- 1 Muy escasa limpieza de la ropa

15. ¿Suele ser negligente con su salud física? (VA)

- 4 En absoluto
- 3 Ligeramente
- 2 Moderadamente
- 1 Extremadamente

16. ¿Mantiene normalmente una dieta adecuada ? (A)

- 4 Sin problemas
- 3 Ligeros problemas
- 2 Moderados problemas
- 1 Graves problemas

17. ¿Suele estar normalmente atento o tomar personalmente su propia medicación prescrita (o hacerse poner las inyecciones prescritas al momento) sin que se le recuerde? (A)

- 4 Muy confiable
- 3 Ligeramente no confiable
- 2 Moderadamente no confiable
- 1 No confiable

18. ¿Está dispuesto a tomar la medicación psiquiátrica cuándo se la prescribe el médico? (A)

- 4 Siempre
- 3 Normalmente
- 2 Raramente
- 1 Nunca

19. ¿Coopera esta persona con los servicios de salud (por ejemplo, médicos y/u otros profesionales de la salud)? (A)

- 4 Siempre
- 3 Normalmente
- 2 Raramente
- 1 Nunca

20. ¿Está normalmente inactivo (por ejemplo, gastando mucho de su tiempo sentado o de pie alrededor sin hacer nada)? (VA)

- 4 Apropriadamente activo
- 3 Ligeramente inactivo
- 2 Moderadamente inactivo
- 1 Extremadamente inactivo

21. ¿Tiene intereses definidos (por ejemplo obvias, deportes, actividades) en los cuales participa regularmente ? (VA)

- 4 Participación considerable
- 3 Moderada participación
- 2 Alguna participación
- 1 No participa en absoluto

22. ¿Asiste alguna organización social (por ejemplo, iglesia, club o grupo de interés, excluyendo los grupos de terapia psiquiátrica)? (VA)

- 4 Frecuentemente
- 3 Ocasionalmente
- 2 Raramente
- 1 Nunca

23. ¿Puede esta persona preparar normalmente (si lo necesita) su propia comida? (VA)

- 4 Bastante capaz de prepararse comida
- 3 Ligeras limitaciones
- 2 Moderadas limitaciones
- 1 Incapaz de prepararse comida

24. ¿Puede esta persona irse a vivir por sí mismo? (VA)

- 4 Bastante capaz de hacerlo
- 3 Ligeras limitaciones
- 2 Moderadas limitaciones
- 1 Incapaz totalmente

25. ¿Tiene problemas (por ejemplo fricciones, huidas etc.) viviendo con otros en la familia? (CSI)

- 4 Sin problemas
- 3 Ligeros problemas
- 2 Moderados problemas
- 1 Graves problemas

26. ¿Qué tipo de trabajo sería capaz de hacer (incluso aunque esté desempleado, retirado o haciendo trabajos domésticos no remunerados)? (VA)

- 4 Capaz de hacer un trabajo a tiempo total
- 3 Capaz de trabajo a tiempo parcial
- 2 Capaz solamente de trabajos protegidos
- 1 Incapaz de trabajar

27. ¿Se comporta de manera arriesgada (por ejemplo, ignorando el tráfico cuando cruza la calle)? (A)

- 4 En absoluto
- 3 Raramente
- 2 Ocasionalmente
- 1 A menudo

28. ¿Destruye esta persona propiedades? (CSNP)

- 4 En absoluto
- 3 Raramente
- 2 Ocasionalmente
- 1 A menudo

29. ¿Se comporta de forma ofensiva (incluida la conducta sexual)? (CSI)

- 4 En absoluto
- 3 Raramente
- 2 Ocasionalmente
- 1 A menudo

30. ¿Tiene esta persona hábitos o conductas que la mayoría de la gente encuentra antisociales (por ejemplo, escupir, dejar colillas de cigarrillos encendidos alrededor, ser desordenado en el baño, comer de una manera desordenada)? (A)

- 4 En absoluto
- 3 Raramente
- 2 Ocasionalmente
- 1 A menudo

31. ¿Suele perder propiedades personales? (CSNP)

- 4 En absoluto
- 3 Raramente
- 2 Ocasionalmente
- 1 A menudo

32. ¿Invade el espacio de otras personas (habitaciones, posesiones personales)? (CSNP)

- 4 En absoluto
- 3 Raramente
- 2 Ocasionalmente
- 1 A menudo

33. ¿Suele coger cosas no son suyas? (CSNP)

- 4 En absoluto
- 3 Raramente
- 2 Ocasionalmente
- 1 A menudo

34. ¿Es violento con otros? (CSI)

- 4 En absoluto
- 3 Raramente
- 2 Ocasionalmente
- 1 A menudo

35. ¿Se autolesiona)? (CSNP)

- 4 En absoluto
- 3 Raramente
- 2 Ocasionalmente
- 1 A menudo

36. ¿Se mete en problemas con la policía ? (CSNP)

- 4 En absoluto
- 3 Raramente
- 2 Ocasionalmente
- 1 A menudo

37. ¿Abusa del alcohol o de otras drogas? (CSI)

- 4 En absoluto
- 3 Raramente
- 2 Ocasionalmente
- 1 A menudo

38. ¿Se comporta irresponsablemente? (CSNP)

- 4 En absoluto
- 3 Raramente
- 2 Ocasionalmente
- 1 A menudo

39. ¿Hace o mantiene normalmente amistades? (C)

- 4 Capaz de hacer amistades fácilmente
- 3 Lo hace con cierta dificultad
- 2 Lo hace con dificultad considerable
- 1 Incapaz de hacer o mantener amistades

Anexo V

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO GLOBAL (GAF)

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO GLOBAL

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuum de salud - enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

Código (Nota: Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68, 72,)

GAF

- 100 Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
91
- 90 Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (por ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
↓
81
- 80 Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar): sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
↓
71
- 70 Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene relaciones interpersonales significativas.
↓
61
- 60 Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustias ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o escuela).
↓
51

GAF

- 50 Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas),
41 o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos,
incapaz de mantenerse en un empleo).
- 40 Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje
↓ es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como
el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de
↓ ánimo (p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es
incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es
31 desafiante en casa y deja de acudir a la escuela.).
- 30 La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o
↓ existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es
incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o
↓ incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo
21 el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
- 20 Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej. Intentos de suicidio sin
↓ una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u
ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de
↓ excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o
11 mudo).
- 10 Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia
↓ recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto
↓ 1 suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
- 0 Información inadecuada

La evaluación de la actividad psicosocial general en una escala de 0 – 100 fue operativizada por Luborsky en la Health – Sickness Rating Scale (Luborsky L.: “Clinicians’ Judgments of Mental Health”. Archives of General Psychiatry 7:407-417, 1962). Spitzer y cols. Desarrollaron una revisión de la Health – Sickness Rating scale denominada Global Assessment Scale (GAS) (Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J.: “The Global Assessment Scale”: a procedure for Measuring overall Severity of Psychiatric Disturbance” Archives of General Psychiatry 33:766-771, 1976). Una versión modificada del GAS fue incluida en el DSM-III-R con el nombre de Global Assessment of Functioning (GAF) Scale.

Fuente: American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson