

Aplicabilidad de la escala de intensidad de apoyos (SIS), en población mexicana con enfermedad mental severa

Maribel Cruz Ortiz¹

Cristina Jenaro Río²

Ma. Del Carmen Pérez Rodríguez³

Noelia Flores Robaina⁴

Mostramos resultados obtenidos en la evaluación de jueces expertos en la Escala de Intensidad de Apoyos (SIS), versión española, para determinar su adecuación a la población mexicana con Enfermedad Mental Severa (EMS). El instrumento, originalmente diseñado para personas con discapacidad intelectual, es congruente con el concepto multidimensional de calidad de vida y el modelo social de discapacidad. Se analizó la equivalencia semántica de los ítems adaptados a través de jueces expertos, la fiabilidad de las subescalas mediante el coeficiente Alfa de Cronbach y la validez concurrente entre la SIS y la GAF. El promedio de semejanza con el original fue 9,91 sobre 10 ($DE=0,14$). Los coeficientes de fiabilidad fueron superiores a 0,95 y las correlaciones entre la SIS y la GAF fueron entre medias y altas y significativas. Los resultados confirman que la escala SIS, con mínimas adecuaciones de forma, puede usarse para conocer las necesidades y expectativas en personas con enfermedad mental en el contexto mexicano.

Descriptores: Personas con Discapacidad; Evaluación de Necesidades; Trastornos Mentales.

¹ Licenciada en Enfermería, Estudiante de Doctorado, Instituto Superior de Integración a la Comunidad, Universidad de Salamanca, España. E-mail: redazul@hotmail.com.

² Doctora en Psicología, Profesor Titular, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, España. E-mail: crisje@usal.es.

³ Doctora en Enfermería, Profesor en la Facultad de Enfermería de San Luis Potosí, Universidad Autónoma de San Luis Potosí, México. E-mail: salina67@hotmail.com.

⁴ Doctora en Psicología, Profesor Auxiliar, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, España. E-mail: nrobaina@usal.es.

Correspondencia:

Ma. del Carmen Pérez Rodríguez
Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Facultad de Enfermería.
Av. Niño Artillero No.130
Zona Universitaria
78400 San Luis Potosí, México
E-mail: salina67@hotmail.com

Aplicabilidade da versão espanhola da escala de intensidade de apoio, na população mexicana com doença mental severa

Estão apresentados, aqui, os resultados obtidos da avaliação por juízes especialistas sobre a escala de intensidade de apoio (Scale Intensity Support-SIS), na versão espanhola, para determinar a sua aplicabilidade na população mexicana com doença mental severa (DMS). O instrumento, inicialmente concebido para pessoas com deficiência intelectual, é coerente com o conceito multidimensional de qualidade de vida e com o modelo social da deficiência. Foi analisada a equivalência semântica dos itens adotados, através dos juízes especialistas, a confiabilidade das subescalas, utilizando o alfa de Cronbach, e a validade concorrente entre as escalas SIS e a Global Assessment of Functioning (GAF). A média de semelhança com a original foi de 9,91 do máximo de 10 ($dp=0,14$). Os coeficientes de confiabilidade foram superiores a 0,95 e as correlações entre as escalas SIS e a GAF foram médias altas e significativas. Concluiu-se que, no contexto mexicano, a escala SIS pode ser utilizada para conhecer as necessidades e expectativas das pessoas com doença mental.

Descritores: Pessoas com Deficiência; Determinação de Necessidades de Cuidados de Saúde; Transtornos Mentais.

Applicability of the Spanish Version of the Supports Intensity Scale (SIS), in the Mexican Population with Severe Mental Illness

This study presents the results obtained from the evaluation, by specialist judges, of the Supports Intensity Scale (SIS), Spanish version, to determine its suitability for the Mexican population with severe mental illness (SMI). The instrument, originally designed for people with intellectual disabilities, is consistent with the multidimensional concept of quality of life and the social model of disability. The semantic equivalence of the items adjusted by specialist judges, the reliability of the subscales, using Cronbach's alpha, and the concurrent validity between the SIS and the Global Functioning Assessment (GAF) were analyzed. The mean similarity to the original was 9.91 from a total of 10 ($sd=0.14$). The reliability coefficients were above 0.95 and the correlations between the SIS and the GAF were medium to high and significant. In conclusion, in the Mexican context, the SIS scale can be used to understand the needs and expectations of people with mental illness.

Descriptors: Disabled Persons; Needs Assessment; Mental Disorders.

Introducción

En los últimos años se han hecho serios esfuerzos para redefinir la discapacidad pasando de un modelo que acentúa las carencias e incapacidades de la persona, analizadas predominantemente desde un punto de vista biomédico, a un modelo *social*, que considera que la discapacidad es, en gran medida, fruto de la interacción de la persona en un contexto que fracasa en proporcionarle los apoyos necesarios.

Por esta razón, la inclusión del concepto de apoyos bajo el marco multidimensional de la discapacidad, fortalecido por el concepto de discapacidad intelectual de

la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo⁽¹⁻⁴⁾, (AAIDD), se convierte en un elemento indispensable para entender las necesidades específicas de las personas con discapacidad en distintas áreas agrupadas de acuerdo a las dimensiones de calidad de vida propuestas⁽³⁻⁴⁾, y asumidas en el presente trabajo para abordar el colectivo de personas con enfermedad mental que sólo recientemente están siendo entendidas en el marco de la discapacidad.

El instrumento más coherente con este marco teórico conceptual es la Escala de Intensidad de apoyos

diseñado originalmente para personas con discapacidad intelectual⁽⁵⁾. El modelo de apoyos implícito en la escala se basa en un enfoque ecológico para comprender la conducta, y se dirige a evaluar la discrepancia entre las capacidades y habilidades de la persona y los requerimientos y demandas que se necesitan para funcionar en un ambiente concreto. De esta forma los apoyos se entienden como recursos y estrategias que promueven el desarrollo, educación, intereses y bienestar personal que mejoran el funcionamiento individual⁽⁶⁾.

Retomando nuevamente el modelo multidimensional de apoyos de la AAIDD, el proceso de evaluación bajo el concepto de calidad de vida defiende la necesidad de centrarse tanto en las limitaciones del individuo como en sus capacidades a lo largo de su vida.

El enfoque actual de los apoyos se relaciona directamente con la incorporación de una perspectiva de Planificación Centrada en la Persona (PCP); de resultados referidos a la persona; de promoción de la competencia, capacitación y fortalecimiento del control de sus vidas por las personas con discapacidad intelectual; y de impulso de la autodeterminación de las personas para lograr una pertenencia comunitaria⁽⁶⁻⁷⁾.

Llevar a la práctica estos principios requiere utilizar instrumentos que permitan obtener datos específicos sobre las necesidades de apoyo de cada persona. La elaboración del plan individualizado de intervención debe ser consensuado entre el equipo, usuario y su familia⁽⁸⁾. Esta situación compleja ha llevado a intentar diferentes abordajes con instrumentos genéricos y específicos, tratando de responder a problemáticas desde ámbitos disciplinares y metodológicos, dificultados muchas veces por la carencia de modelos conceptuales que apoyen las investigaciones. De ahí la relevancia del alineamiento del concepto de calidad con el paradigma de los apoyos señalado⁽⁹⁻¹⁰⁾.

En el ámbito de la salud mental y particularmente en la psiquiatría se han realizado investigaciones desde el punto de vista de la calidad de vida relacionada con la sintomatología y su control. Revisiones amplias, muestran que los síntomas psiquiátricos en particular, y la psicopatología en general, son importantes, pero modestos contribuyentes en la calidad de vida de personas con esquizofrenia, y que su influencia depende en parte de la muestra objeto de estudio⁽¹¹⁾. Los mencionados autores destacan la necesidad de examinar otras influencias psicosociales.

Numerosos estudios han realizado un abordaje más restricto, centrándose en el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)⁽¹²⁻¹³⁾ y utilizando

instrumentos como el Inventario de Actitudes hacia la Medicación⁽¹⁴⁾, la Escala Global de Funcionamiento Adaptativo⁽¹⁵⁾, el Cuestionario de Salud SF-36⁽¹⁶⁾, el Perfil de Calidad de Vida de Lancashire⁽¹⁷⁾, y aún instrumentos amplios creados *ad hoc*⁽¹⁸⁾. La mayoría de estos estudios presentan un problema práctico y común como es la dificultad para traducir las evaluaciones a planes de atención y a resultados de calidad de vida a partir de la identificación de las necesidades de apoyo de una persona, es decir para llevar el plano de lo posible más allá de la realidad inmediata. Esto es especialmente complejo con la población que nos ocupa, si consideramos que con una frecuencia mayor que en otros campos, se ha cuestionado la confiabilidad de la percepción de las personas afectadas⁽¹⁹⁾, optando por recoger la información de familiares o informantes clave.

La elección de un instrumento de evaluación es una tarea compleja y en este sentido, coincidimos con quienes plantean que las herramientas aplicables a la población con enfermedad mental deben cumplir los siguientes requisitos: 1) Ser apropiadas para la población a ser estudiada, así como para la fase de enfermedad y tener adecuadas propiedades psicométricas; 2) reflejar la multidimensionalidad del constructo de calidad de vida de enfermedad mental (esquizofrenia, etc.); 3) considerando que la CVRS es un fenómeno subjetivo, deben incluir siempre el autoinforme de los pacientes; 4) adaptarse a la vida de los pacientes y a las habilidades cognitivas comprometidas; 5) ser consistentes con el marco teórico usado por el investigador; 6) deben ser suficientemente sensibles al cambio⁽²⁰⁾.

Los planteamientos anteriores nos dan margen para señalar la Escala de Intensidad de Apoyos SIS⁽⁵⁾ como uno de los instrumentos más coherente con una concepción actual de la discapacidad y de la calidad de vida, que proporciona elementos objetivos sobre la intensidad de apoyos requerida para el alcance de metas personales, lo cual le da ventajas sobre otros al permitir la planificación de servicios.

Objetivo

Evaluar la aplicabilidad de la Escala de Intensidad de Apoyos (SIS) (versión española), a la población mexicana con Enfermedad Mental Severa (EMS).

Método

Diseño: se trata de un estudio analítico en tres etapas. En la primera se realizó el análisis y adecuación semántica con expertos profesionales y no profesionales.

En la segunda se analizaron los resultados de una prueba piloto destinada a evaluar el comportamiento de los ítems de la escala. En la tercera se aplicó el instrumento a una muestra más amplia para determinar la fiabilidad de las subescalas y de la escala globalmente considerada.

Participantes: Para la primera fase del estudio se seleccionó un grupo de 11 profesionales, atendiendo a la variedad de los campos disciplinarios de procedencia. En este subgrupo de profesionales, 36,4% eran enfermeras; 27,3% psicólogos, 18,2% psiquiatras y 18,2% trabajadores sociales. El grupo tenía un promedio de 13,3 años de experiencia (DE=6,3 años) profesional, 54,4% eran especialistas, 18,2% contaban con maestría o eran técnicos, y un 9,2% tenían licenciatura.

En la 2ª fase, se seleccionó un segundo subgrupo de participantes formado por dos grupos focales, cada uno de ellos compuesto a su vez por 10 familiares de personas con enfermedad mental severa. 80% de los asistentes eran mujeres y llevaban entre 2 y 5 años acudiendo a reuniones mensuales en alguno de estos grupos.

Para la aplicación piloto de la escala SIS, se seleccionaron aleatoriamente personas con enfermedad mental severa, tal y como es definida por el NIMH en 1987⁽²¹⁾ y que en la clasificación CIE-10⁽²²⁾, incluye los códigos F20-F22, F24, F25, F28-F31, F32.3, F33.3. Criterios adicionales para la selección de la muestra fueron: duración de la enfermedad superior a dos años y la existencia de disfunción moderada o severa del funcionamiento global, medido a través del GAF (*Global Assessment of Functioning* 1987)⁽²³⁾, que acudiesen al servicio de consulta externa, que tuviesen entre 18 y 65 años de edad, que contasen con expediente clínico, que hubiesen acudido a las consultas al menos dos veces en el año 2008 y, que en el momento de aplicación de la prueba estuviesen acompañadas por una persona responsable del cuidado (cuidador primario), sin considerar lazos de consanguineidad. Los criterios de exclusión fueron la existencia de un estado de agitación o crisis y/o que la persona con enfermedad mental o los cuidadores primarios rehusasen participar en el estudio.

Los participantes de esta prueba piloto fueron 10 personas con enfermedad mental a quienes se les aplicó la escala SIS adaptada. Su edad promedio era de 35 años (DE=8,2), siendo 30% mujeres y 70% hombres. 30% se encontraban solteros, 60% casados, 10% separados. En cuanto a la situación laboral, 40% se encontraban inactivos. Respecto a la situación formativa, 30% tenían estudios

primarios completos o incompletos, 40% habían cursado secundaria completa o incompleta, 20% Bachillerato y 10% carecían de estudios. La puntuación promedio en la GAF fue de 59,8 (DE=11,6). En cuanto a los diagnósticos, predominaron los diagnósticos de Esquizofrenia Paranoide Crónica (80%), y porcentajes de 10% respectivamente presentaban Trastorno Afectivo Bipolar o Trastorno Mental y del Comportamiento secundario a la Disfunción Cerebral. En promedio, los participantes llevaban 14,6 años desde el apareamiento del primer brote de la enfermedad (DE=10,5).

En la 3ª fase, para la aplicación del estudio a una muestra más amplia se seleccionaron personas con enfermedad mental considerando los mismos criterios de la prueba piloto. Dichos participantes consistieron en una muestra de 85 personas con enfermedad mental crónica, con edad promedio de 38,28 años (DE=11,75), de los cuales 45,8% eran mujeres y 54,2% hombres. En cuanto a su estado civil, 61,5% se encontraban solteros, 21,9% casados o conviviendo con su pareja, 16,7% separados y 2,1% solteros. La puntuación promedio obtenida en la GAF fue de 59,84 (DE=11,60). Respecto a los diagnósticos médicos, el 73,3% tenía un diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide Crónica, seguido de 12,6% con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar. Porcentajes inferiores a 5% presentaban diagnósticos de Trastorno Esquizo Afectivo, Trastorno Mental y del Comportamiento secundario a Disfunción Cerebral o Depresión Mayor. El promedio de años desde el primer brote de la enfermedad fue de 14,56 (DE=10,46), el número promedio de ingresos hospitalarios fue de 3,6 (DE=2,19), con un promedio de 4,49 años (DE=1,76) desde la última hospitalización.

Procedimiento: El estudio se realizó en el Estado de San Luis Potosí, México, región situada a 363 Km. al noreste de la ciudad de México; su población total es de 2.410.414 habitantes con una distribución de 63% urbana y 37% rural⁽²⁴⁾.

El procedimiento constó de tres fases. En la primera, la escala SIS fue entregada a un grupo de expertos para que en primera instancia valorasen las posibilidades de uso en la población mexicana con enfermedades mentales severas. Se pidió además que realizasen una revisión en la escala, identificando los ítems que considerasen necesarios reformular en su totalidad o en alguna de sus partes por cuestiones semánticas o conceptuales de forma que la escala fuese comprensible para cuidadores, pacientes y profesionales.

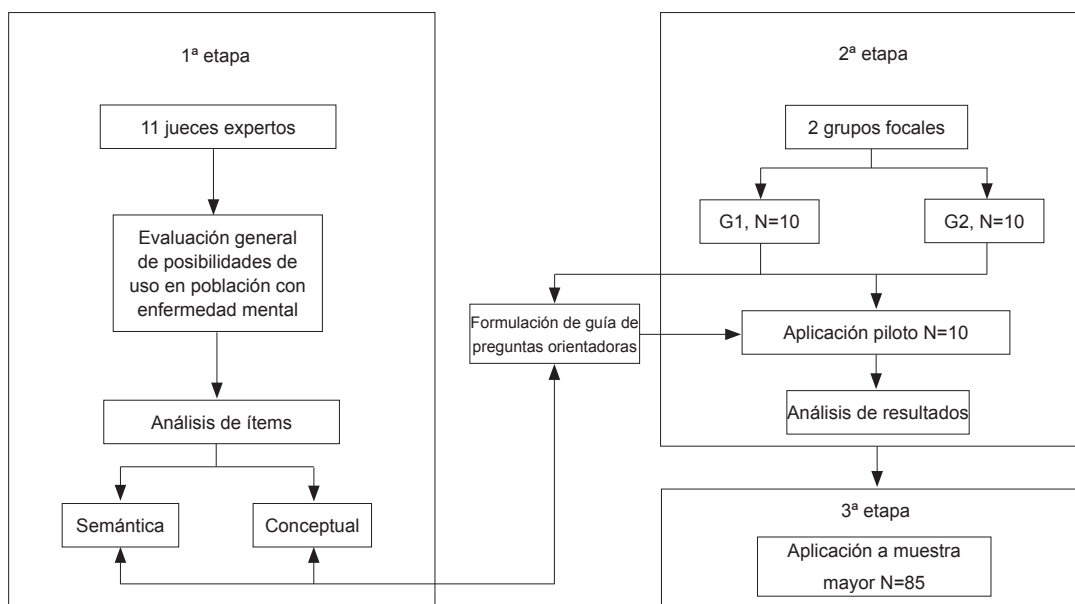


Figura 1 - Metodología para evaluar la aplicabilidad de la escala SIS en la población mexicana con EMS

Las observaciones de los expertos fueron clasificadas en cuanto a la utilidad de la escala, a las posibilidades de aplicación y a las sugerencias sobre cambios necesarios. Al mismo tiempo, se convocó al grupo de familiares a quienes se les solicitó leer junto al investigador los ítems de cada subescala. Con ambos grupos se realizaron 2 reuniones de 2 horas de duración cada una y con el consentimiento previo fueron grabadas en audio y digitadas posteriormente en un procesador de texto. Las observaciones de los expertos profesionales y de los cuidadores familiares dieron lugar a la construcción de una guía de preguntas orientadoras. Esta guía se entregó también a los profesionales para que evaluaran en una escala de 1 a 10 la coherencia de la pregunta con el ítem. Se les solicitó además que anotaran sus sugerencias o preguntas alternativas para mejorar la guía. Tras este proceso se solicitó nuevamente a los expertos que evaluaran la semejanza de los ítems adaptados, respecto al original.

La escala se aplicó, entonces, como prueba piloto, bajo los criterios de inclusión establecidos a 10 personas usando para ello los ítems adaptados y la guía de preguntas orientadoras. El muestreo se realizó accediendo a los expedientes clínicos de las personas atendidas en los Servicios de Salud del Estado. El estudio fue previamente autorizado y se basó en la Ley General de Salud en materia de investigaciones en salud, en el Título Quinto, Capítulo Único, artículos 100 y 102⁽²⁵⁾, así como en los principios de beneficencia y de no maleficencia. Se solicitó además consentimiento informado a los participantes.

Concluido el análisis de la prueba piloto, partiendo de que no se identificaron dificultades para la comprensión y aplicación de la escala en la prueba piloto ni por parte del investigador ni de los participantes, se procedió a realizar una aplicación a la muestra amplia, para determinar la fiabilidad de las subescalas y de la escala considerada globalmente. Análisis adicionales, omitidos en el presente estudio, permitieron caracterizar las necesidades de apoyo de esta población.

Instrumentos

Para el presente estudio se utilizaron dos instrumentos, la Escala de Intensidad de Apoyos (SIS)⁽⁵⁾, y la Escala de Funcionamiento Global (GAF)⁽²³⁾.

La escala SIS (Escala de intensidad de apoyos adaptada del original "Supports Intensity Scale", American Association on Intellectual and Developmental Disabilities)⁽²⁶⁾, es un instrumento que proporciona información útil en la identificación de perfiles y en la intensidad de las necesidades de apoyo. Además, esta medida puede servir para la estructuración de planes personalizados para personas con discapacidad intelectual y puede ser una guía para evaluar planes y programas estructurados con la información derivada de su aplicación. El instrumento consta de tres secciones, (escala de necesidades de apoyo, escala suplementaria de protección y defensa y escala de necesidades excepcionales de apoyo médico y conductual), y un apartado previo que recoge los datos sociodemográficos

de la persona con discapacidad intelectual, del proveedor de servicios y de los informantes que están apoyando en proporcionar la información. Para medir la intensidad de los apoyos, en las dos primeras secciones se cuenta con parámetros que evalúan tres dimensiones, a saber: frecuencia, tiempo y tipo de apoyo requerido por la persona, con una escala de 0 a 4. Con las puntuaciones totales es posible obtener al final un perfil de las necesidades de apoyo y/o clasificar la intensidad de apoyo requerido. Las escalas de evaluación las proporciona el propio manual de la versión española.

Escala de Evaluación de Funcionamiento Global (GAF) ⁽²³⁾. De manera complementaria a la escala SIS, se aplicó la escala GAF, debido a que su puntuación es uno de los criterios usados para clasificar personas con enfermedad mental dentro del grupo de personas con enfermedad mental severa. La GAF es el quinto eje en el sistema DSM. El propósito de la escala es medir globalmente la gravedad de la enfermedad psiquiátrica enfocándose en el funcionamiento social, psicológico y profesional de un paciente. Utiliza como punto de corte la puntuación correspondiente a afectación leve (70 o menos) en los casos menos restrictivos, o de moderado (inferior a 50) que indica importante severidad de los síntomas con afectación grave en el funcionamiento y competencia social.

Resultados

Los datos de la primera fase del estudio indican que 18 ítems (36,7%) fueron modificados en su redacción. El promedio de semejanza con el original fue de 9,91 sobre 10 (DE=0,14). La puntuación promedio de semejanza obtenida para cada una de las escalas fue, en todos los casos, superior a 9,5. El análisis de la coherencia de los ítems de la SIS con la guía de preguntas orientadoras generada por los familiares indicó una coherencia promedio de 9,8 sobre 10 (DE=0,4). La subescala C, (Actividades de aprendizaje a lo largo de la vida), obtuvo una puntuación promedio inferior, con una media de 9,6. Los resultados indicaron además la conveniencia, al iniciar la aplicación de la escala, de *definir el periodo de tiempo* al que se refiere, especificando la necesidad de evaluar a la persona en fases crónicas y no agudas, pues la naturaleza periódica de las enfermedades mentales puede llevar a sobreestimar las necesidades de apoyo durante los periodos de crisis.

El análisis de las opiniones de los familiares fue coincidente con la de los expertos en cuanto a que la escala SIS puede ayudar, entre otras cosas, a introducir el concepto de discapacidad dentro de un modelo social, en el campo de la enfermedad mental. En cuanto a los resultados globales, en la Tabla 1 se ofrecen dichos resultados.

Tabla 1 - Estadística descriptiva (Escala SIS) de la aplicación en la muestra piloto

	M [rango]	D.E.	Puntuación Estándar	Percentil
Actividades de la vida en el hogar	17,80 [8-27]	6,56	8	25
Actividades de la vida en la comunidad	17,70 [4-38]	12,71	8	25
Actividades de aprendizaje a lo largo de la vida	38,00 [3-69]	19,98	8	25
Actividades de empleo	31,50 [3-61]	19,16	9	37
Actividades de salud y seguridad	17,20 [7-34]	8,93	7	16
Actividades sociales	26,50 [7-25]	16,16	9	37
Total	148,70 [61-275]	76,08	49	27

Finalmente, y en cuanto a la aplicación de la escala en una muestra amplia, para determinar la fiabilidad de las subescalas, llevamos a cabo la replicación del procedimiento seguido por los autores de la adaptación de la escala⁽⁵⁾. Procedimos en primer lugar a determinar el grado de relación de la puntuación de cada subescala con la edad y el sexo de las personas evaluadas. En todos los casos salvo en la correlación entre las necesidades de apoyo de vida en el hogar y el sexo, las correlaciones fueron inferiores a 0,20,

denotando una asociación insignificante entre estas variables. En consecuencia, ni la edad ni el sexo se consideraron relevantes en el subsiguiente análisis de consistencia interna. En la Tabla 2 se exponen los resultados derivados del cálculo de la consistencia interna de cada escala (Coeficientes Alfa de Cronbach), así como las correlaciones entre las variables indicadas. Se indican además las correlaciones entre las subescalas y el total de la SIS y las puntuaciones en la GAF, a modo de validez concurrente.

Tabla 2 - Coeficiencias de fiabilidad (consistencia interna) y correlaciones entre las variables y el sexo y la edad

Subescalas	Alfa	R _{xy} Edad	R _{xy} Sexo	R _{xy} GAF
Actividades de la vida en el hogar	0,95	0,034	0,242*	-0,572**
Actividades de la vida en la comunidad	0,97	-0,032	0,100	-0,574**
Actividades de aprendizaje a lo largo de la vida	0,97	0,179	0,117	-0,585**
Actividades de empleo	0,99	0,142	0,043	-0,624**
Actividades de salud y seguridad	0,95	0,008	0,088	-0,668**
Actividades sociales	0,96	-0,004	0,184	-0,590**
Total	0,99	0,070	0,136	-0,656**

*significante con $p < 0,05$; **significante con $p < 0,01$

Discusión

Los resultados de este estudio confirman la utilidad de la SIS para determinar las necesidades de apoyo de personas con enfermedad mental severa y para la posterior puesta en marcha de intervenciones que respondan a esas necesidades. Dicho de otro modo, la escala SIS es un instrumento que con mínimas adecuaciones de forma, puede usarse para conocer las necesidades y expectativas en personas con enfermedad mental. La evaluación de aspectos relacionados con la vida en general de la persona dentro de su contexto y no sólo en relación con su enfermedad y los síntomas de la misma, promueve la integración y plantea la evidente necesidad de un acceso más igualitario a oportunidades básicas olvidadas como educación, recreación, empleo, justicia, etc.

La inclusión de ítems que aluden no sólo a la situación actual de la persona, sino también a situaciones hipotéticas en contextos posibles, y las dimensiones establecidas para su medición, (frecuencia, tiempo y tipo), pueden proporcionar datos concretos de utilidad para planificar y diseñar servicios en el ámbito sanitario, y promover en los cuidadores y los propios pacientes, la reflexión sobre alternativas para las necesidades de atención en áreas que de otra forma tal vez ni siquiera se plantearían.

La autoaplicación de la escala SIS en el Estado de San Luis Potosí, México es poco factible y debido a la falta de integración social de las personas con enfermedad mental severa, lo que impide acceder a servicios básicos, llevándolos al deterioro cognoscitivo, emocional y reforzando su exclusión social. Los resultados obtenidos en el grupo piloto, ponen de manifiesto, con las necesarias precauciones dado lo reducido de la muestra, que incluso dentro del grupo de personas con enfermedad mental crónica con síntomas severos, es posible identificar capacidades y limitaciones. Concretamente, este grupo se ubicó globalmente en el percentil 27 de la escala, con un comportamiento homogéneo en las seis subescalas evaluadas, identificándose las mayores necesidades de apoyo en las áreas de empleo y actividades sociales

(percentil 37 para ambas), y la que registró menores necesidades de apoyo fue la subescala referida a la salud y seguridad (percentil 16), con el análisis en la muestra mayor podremos contextualizar y generalizar estos resultados, pero en todo caso muestran, a partir de este momento, dos áreas que comúnmente son percibidas fuera de las posibilidades y necesidades de este colectivo.

Finalmente, la escala aplicada a un grupo más numeroso de personas con enfermedad mental muestra adecuadas propiedades psicométricas de fiabilidad, comparables a los obtenidas por los autores de la adaptación española. Dichos resultados son además independientes de la edad y género de los evaluados. Además, las correlaciones de intensidad media-alta entre las puntuaciones en la SIS y en la GAF ofrecen apoyo a la validez concurrente de la medida.

Si bien es cierto que en los últimos 5 años, diversos artículos han sido publicados en el contexto de la Enfermería abordando el tema de enfermedad mental, los mismos están encaminados de forma predominante al análisis de servicios y modelos de salud⁽²⁷⁻²⁹⁾ o a la concepción de la enfermedad mental⁽³⁰⁻³¹⁾, se encuentran enfocados en la calidad de los servicios⁽³²⁻³³⁾ y carecen de instrumentos que sintonicen los constructos de calidad de vida, discapacidad y sistemas de apoyo, y no poseen herramientas que permitan planificar la atención y posibiliten el alcance de resultados personales. En ese sentido el instrumento aquí presentado para uso en poblaciones con enfermedad mental puede posibilitar a las enfermeras obtener datos concretos para planificaciones más integrales.

Conclusiones

En suma y pese a las limitaciones del presente trabajo, derivadas de su carácter de estudio piloto, los datos apoyan la utilidad conceptual y empírica de la escala SIS para personas con enfermedad mental crónica. Es necesario realizar otras investigaciones sobre este tema para comparar y avanzar en los resultados aquí obtenidos.




Referencias

1. Schalock R. Quality of life. Conceptualization and measurement. Whashington, D.C.; 1996.
2. AAMR. Mental Retardation. Definition, classification and systems of support. 10th ed. Whashington, D.C.: American Association on Mental Retardation; 1992.
3. Schalock R, Luckasson R, Shogren K. El nuevo concepto de retraso mental: comprendiendo el cambio al término discapacidad intelectual. Siglo Cero: Rev Española sob Discapacidad Intelectual. 2007; 38(224):5-20.
4. AAIDD. Intellectual disability: Definition, Classification, and Systems of Supports. 11th ed. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities; 2010.
5. Verdugo M, Arias B, Ibañez A. Escala de Intensidad de Apoyos. Manual (adaptación española del original: Supports Intensity Scale). Salamanca: INIC; 2007.
6. Verdugo M. Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la asociación americana sobre retraso mental de 2002. Siglo Cero: Rev Española sob Discapacidad Intelectual. 2003; 34(205):5-19.
7. López M, Marín A, y de la parte J. La planificación centrada en la persona, una metodología coherente con el respeto al derecho de autodeterminación. Siglo Cero: Rev Española sob Discapacidad Intelectual. 2004; 35(210):45-55.
8. Laviana-Cuetos M. La atención a las personas con esquizofrenia y otros trastornos mentales graves desde los servicios públicos: una atención integral e integrada en un modelo comunitario. Apuntes Psicol 2006;24(1-3):345-73.
9. Schalock R. La nueva definición de discapacidad intelectual, los apoyos individuales y los resultados personales. Mejorando resultados personales para una calidad de vida. Salamanca: Amarú; 2009.
10. Schalock R, Verdugo M, Bonham G, Fantova F, Van-Loon J. Enhancing Personal Outcomes: Organizational Strategies, Guidelines, and Examples. J Policy Practice Intellectual Disabil. 2008; 5(1):18-28.
11. Eack S, Newhill C. Psychiatric Symptoms and Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis. Schizophrenia Bull. 2007; 33(5):1225-37.
12. Eack S, Newhill C, Anderson C, Rotondi A. Quality of life for persons living with schizophrenia: more than just symptoms Psychiatr Rehabil J. 2007; 30(3):219-22.
13. Núñez D, Acuña F, Rojas G, Vogeln E. Construcción y validación inicial de un cuestionario para medir calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. Rev Chilena Neuro-psiquiatría. 2007; 45(2):148-60.
14. Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling W. Do Patients With Schizophrenia Wish to Be Involved in Decisions About Their Medical Treatment? Am J Psychiatry 2005; 162:2382-4.
15. Hay P, Katsikitis M, Begg J, Da Costa J, Blumenfeld N. A Two-Year Follow-Up Study and Prospective Evaluation of the DSM-IV Axis V. Psychiatr Serv. 2003; 54(7):1028-30.
16. Nasrallah H, Duchesne I, Mehnert A, Janagap C, Eerdeken M. Health-related quality of life in patients with schizophrenia during treatment with long-acting, injectable risperidone. J Clin Psychiatry. 2004; 65(4):531-6.
17. Lafuente S, Francisco J, Criado I, Covarrubias C. Desinstitucionalización y calidad de vida en pacientes esquizofrénicos. El caso de Segovia. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2007; 27(100):319-33.
18. Ruiz M, Núñez J, Jódar R, Meana R. Calidad de vida y esquizofrenia. Estudio realizado con la población perteneciente a las Asociaciones de Salud Mental de la Comunidad Autónoma de Madrid. Madrid: Obra Social Caja Madrid; 2008.
19. Goodman M, Smith T. Measuring Quality of Life in Schizophrenia. Psychiatr Mental Health J. [Internet]. 1997. [acceso 20 marzo 2010]. Disponible em: http://www.medscape.com/viewarticle/430847_3
20. Awad G. Calidad de vida en esquizofrenia. Conceptos y medidas para la práctica clínica. Rev Psiquiatría Uruguay 2008; 72(2):121-9.
21. Bachrach L. Defining Chronic Mental Illness: A Concept Paper. Hosp Communi Psychiatry. 1988; 39:383-8.
22. OMS. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. - 10a. revisión Washington, D.C; 1994.
23. APA. DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: American Psychiatric Association; 2003.
24. INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; 2000.
25. CAMARA DE DIPUTADOS H. Ley General de salud. México: Diario Oficial de la Federación; 1984.
26. Thompson J, Bryant B, Campbell E, Craig E, Hughes C, Rotholz D, Silverman W, Tasse M, Wehmeyer M. Supports Intensity Scale. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities; 2004.
27. Brêda M, Rosa W, Pereira MAO, Scatena MCM. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005;13(3):450-2.
28. Lussi I, Pereira MAO, Pereira J. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2006;14(3):448-56.
29. Zerbetto SR, Pereira MAO. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005; 13(1):112-7.
30. Osinaga VLM, Furegato ARF, Santos JLF. Concepts of mental health and care according to mentally-ill patients and their relatives. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005; 13(3):332-8.
31. Kirschbaum DIK. Concepções produzidas pelos agentes de enfermagem sobre o trabalho em saúde mental com sujeitos psicóticos em um centro de atenção psicossocial. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009; 17(3):368-73.
32. Osinaga VLM, Furegato ARF, Santos JLF. Usuários de três serviços psiquiátricos: perfil e opinião. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2007;15(1).
33. Koga M, Furegato ARF, Santos JLF. Opiniões da equipe e usuários sobre a atenção à saúde mental num programa de saúde da família. Rev. Latino-Am Enfermagem. 2006;14(2):163-9.

Recibido: 23.7.2009

Aceptado: 24.5.2010

Como citar este artículo:

Cruz Ortiz M, Jenaro Río C, Pérez Rodríguez MDC, Flores Robaina N. Aplicabilidad de la escala de intensidad de apoyos (SIS), en población mexicana con enfermedad mental severa. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. sept.-oct. 2010 [acceso en: ];18(5):[08 pantallas]. Disponible en:  URL 

día
mes abreviado con punto
año

URL