

4.1 ESTUDIO DE SEGUIMIENTO

4.1.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio longitudinal prospectivo de un año de duración.

4.1.2 UNIVERSO

La población para seleccionar la muestra del estudio fue un censo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia realizado en el área de Salud Mental Granada Sur durante el año 1992 y cuyos criterios de inclusión eran: *i*) estar diagnosticados clínicamente de esquizofrenia según la CIE-10, *ii*) residir en el área Salud Mental Granada Sur y *iii*) estar en contacto con los servicios públicos de salud mental durante el año 1992 (n=417).

4.1.3 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

La selección de la cohorte que formaría parte del estudio se desarrolló en dos fases.

En una primera fase, para ser incluidos en la cohorte del estudio, los pacientes debían cumplir los siguientes criterios de inclusión:

- 1.- Estar diagnosticados clínicamente de esquizofrenia según la CIE-10.
- 2.- Residir en los Distritos Sanitarios de la Alpujarra y Granada Sur.
- 3.- Tener entre 18 y 65 años, ambos inclusive.
- 4.- Haber tenido algún contacto con los dispositivos de salud mental de los Distritos Sanitarios de la Alpujarra y Granada Sur desde 1992 hasta el comienzo del estudio (1993 y los 4 primeros meses de 1994).

En la segunda fase, para incluir definitivamente a los pacientes en el estudio para su seguimiento debía de confirmarse el diagnóstico de esquizofrenia a través del método SCAN.

1ª Fase:

Debido a que todos los casos incluidos en el censo de pacientes esquizofrénicos del año 1992 estaban diagnosticados clínicamente de esquizofrenia, se procedió a delimitar los dos distritos sanitarios incluidos en el estudio. Se consideró como criterio para la selección de los distritos sanitarios que uno de ellos fuera urbano y otro rural. Así, se seleccionaron el Distrito Sanitario Granada Sur (urbano) y el Distrito Sanitario La Alpujarra (rural). A partir de esta población se eliminaron los pacientes menores de 18 años y mayores de 65. El límite de edad se estableció para excluir cambios seniles.

La selección de los casos se realizó mediante muestreo aleatorio con reemplazamiento. Se consideró que una muestra de alrededor 100 pacientes sería suficiente para alcanzar los objetivos del estudio, por lo que se seleccionaron 113 pacientes, en previsión de posibles pérdidas durante el proceso de inclusión. Se confirmó que estuvieran en contacto con los servicios de salud mental durante 1993 y los 4 primeros meses de 1994. En la tabla 11 figuran los motivos por los que 21 casos fueron excluidos.

2ª Fase:

Un total de 92 pacientes, clínicamente diagnosticados de esquizofrenia fueron seleccionados y entrevistados con el SCAN para confirmar el diagnóstico de esquizofrenia. En 8

casos no se confirmó dicho diagnóstico por lo que estos pacientes fueron excluidos del estudio y se incluyeron en la primera evaluación 84 casos.

TABLA 11. PROCESO DE SELECCIÓN DE LA COHORTE

¡Error! Marcador no definido.Universo	Censo de pacientes diagnosticados de esquizofrenia del área Granada Sur año 1992	n=417
Delimitación área cobertura y rango de edad	Distrito Sanitario Granada Sur y La Alpujarra Edad >18 y <65	n= 245
Selección de la muestra	Muestreo aleatorio simple	n=113
Críterios inclusión:	Motivos exclusión: (n=21)	
Estar en tratamiento en los servicios de salud mental durante 1993 y los 4 primeros meses de 1994	. Exitus (n=3) . Sin contacto equipos (n=10) . Cambio domicilio (n=4) -----	
Diagnóstico clínico de esquizofrenia	. No diagnóstico esquizofrenia (n=2)	
Otros motivos de exclusión	. Aconsejan no entrevistarle con SCAN (n=1) . Rechaza colaborar en estudio (n=1)	n= 92
Confirmar el diagnóstico a través del sistema SCAN	No confirman el diagnóstico con el método SCAN (n=8)	n= 84
Pérdidas durante el seguimiento	Exitus (n=1)	n= 83
TOTAL PACIENTES INCLUIDOS EN EL ESTUDIO		N= 83

4.1.4 EVALUACIONES Y SEGUIMIENTO

Al inicio del estudio se realizó la evaluación clínica del paciente (SCAN), se recogieron sus características sociodemográficas y se evaluaron sus necesidades asistenciales. Durante todo el período de seguimiento de los pacientes se registraron los contactos realizados con los servicios comunitarios de salud mental del área en estudio, así como los ingresos hospitalarios

mediante la ficha *Mannheim* de Contacto con los Servicios Comunitarios de Salud Mental (*Mannheim Service Recording Sheet, MSRS*).

Durante el período de seguimiento un paciente murió por lo que finalmente los pacientes incluidos en el estudio fueron 83.

4.1.5 INSTRUMENTOS Y MEDIDAS

4.1.5.1 Cuestionarios para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría

4.1.5.1.1. Origen y desarrollo

El sistema SCAN (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*) forma parte de las denominadas entrevistas psiquiátricas de última generación, desarrolladas en el marco de un proyecto a gran escala que inició la Organización Mundial de la Salud y la Administración Norteamericana para el Abuso de Alcohol, Drogas y Salud Mental: “Proyecto Conjunto OMS/ADAMHA para el Diagnóstico y Clasificación de los Trastornos Mentales y Problemas Relacionados con el Alcohol y las Drogas” (Jablensky et al., 1983). Uno de los objetivos de dicho programa fue desarrollar dos instrumentos de exploración psiquiátrica que estuvieran dirigidos a ser aplicados bien, a muestras de pacientes, como es el caso del SCAN, o bien en estudios de población general, como es el caso de la CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*). Esta última es una entrevista diagnóstica global y completamente estructurada diseñada para la valoración de los trastornos mentales siguiendo las definiciones de los Criterios Diagnósticos para la Investigación de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión, de la OMS) y de la DSM-III-R (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 3ª edición, de la APA).

El sistema SCAN, constituye la última fase de una línea de investigación de más de 30 años de antigüedad que se inició a finales de los años 50, por un grupo de Inglaterra encabezado por el Dr. John Wing (Wing et al., 1967). El PSE-9 *Present State Examination* (Wing et al., 1974) fue la primera versión publicada, tras 15 años de trabajo en versiones

anteriores que incluían dos grandes proyectos multicéntricos internacionales, el Proyecto de Diagnóstico USA-UK (Cooper et al., 1972) y el Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia (IPSS; WHO, 1973), en los que se utilizaron el PSE-7 y el PSE-8, respectivamente. El PSE-9 se empleó en un importante estudio de la OMS sobre los “Factores Determinantes del Comienzo de Trastornos Mentales Severos” (DOS, Jablensky et al., 1992).

4.1.5.1.2. Descripción

El sistema SCAN consiste en un conjunto de instrumentos integrados en una entrevista psiquiátrica semiestructurada, dirigidos a evaluar, medir y clasificar las alteraciones psicopatológicas y conductuales que se asocian, en el adulto, a los principales trastornos psiquiátricos, de forma precisa y operativa (Wing et al., 1990 a). Consta de la décima versión del PSE (PSE-10), la Lista de Comprobación de Grupos de Items (IGC), el Cuestionario para la Historia Clínica (HC) y un Glosario de Definiciones Diferenciales (SCAN; OMS, 1993).

El PSE-10, a su vez se divide en dos partes: la primera que evalúa aspectos tales como los trastornos somatomorfos, disociativos, por ansiedad, afectivos, relacionados con las alteraciones de la alimentación y del sueño y los derivados del consumo de alcohol y otras sustancias. Se incluye también en ella una sección de despistaje de los trastornos de la Parte Segunda. En esta segunda parte se exploran fundamentalmente los trastornos psicóticos y las alteraciones cognitivas, así como las alteraciones manifiestas del lenguaje, afectividad y conducta (SCAN; OMS, 1993).

La Lista de Comprobación de Grupos de Items (Items Group Checklist: IGC) proporciona un método simple de puntuar la información psicopatológica facilitando información complementaria al diagnóstico y ofreciendo una aproximación numérica o dimensional sobre la severidad de los síntomas. El uso de los Grupos de Items está indicado en proyectos de investigación en los que se requiere utilizar la mayor información posible, a partir de los datos obtenidos de la historia y/o informantes diferentes al entrevistado. Esta sección consta de 40 Grupos de Items que cubren las principales áreas psicopatológicas del

PSE-10 y cada uno de ellos están compuesto por Items seleccionados del PSE-10 proporcionando una guía general del contenido de cada Grupo de Items. La puntuación general, en cada Grupo de Items, está basada en el número de síntomas constitutivos presentes y en la gravedad de la angustia (distress) o incapacidad que los acompaña (anexo 1).

El Cuestionario de la Historia Clínica (CHC) es el tercer módulo de la entrevista SCAN. Su objetivo es complementar la información del PSE y de los IGC, permitiendo recoger los datos necesarios para confeccionar una historia clínica y social amplia.

Se ha incorporado también en este instrumento, siguiendo la filosofía del PSE-9, un programa de ordenador (CATEGO-5) que permite generar diagnósticos CIE-10 y DSM-III-R mediante un conjunto de algoritmos escritos con ayuda de un Sistema Experto. La salida del programa CATEGO-5, además de los diagnósticos anteriormente descritos, presenta una serie de opciones entre las que se incluye: un perfil sintomatológico, un perfil de puntuaciones en 'Grupos de Items' (IGC) y un 'Índice de Definición' (ID) que consiste en una escala de ocho niveles de severidad.

El SCAN permite evaluar los siguientes períodos temporales: 'el estado actual' -PS-, que abarca el mes previo a la exploración; 'toda la vida previa' -LB-, que abarca todo el período vital previo al estado actual; 'un episodio representativo' -RE-, que permite seleccionar para la evaluación un episodio psicopatológico significativo que se haya dado en un momento previo al estado actual.

Aunque existen algunas excepciones, en general la mayoría de los Items se puntúan de acuerdo con las normas especificadas en cuatro escalas de puntuación.

4.1.5.1.2. Características psicométricas

Aún cuando las entrevistas psiquiátricas estructuradas han mejorado notablemente la fiabilidad del proceso diagnóstico, persiste el problema, todavía no adecuadamente resuelto, de diseñar estrategias apropiadas para verificar su validez y fiabilidad (Robins, 1985). En la psiquiatría tradicional se utiliza el juicio y la impresión clínica como patrón estándar para la validación de los instrumentos de exploración psiquiátrica. Sin embargo, hoy día, se considera que el diagnóstico basado en la entrevista y en el juicio clínico tradicional no puede ser considerado como suficientemente fiable. A partir de estas premisas resulta complejo encontrar un patrón adecuado de medida de la validez de las entrevistas psiquiátricas estructuradas que, como el PSE o el SCAN, incorporan los principios básicos de la exploración clínica tradicional (Wing et al., 1990). Por todo lo anterior, se suele recurrir más a verificar la fiabilidad que la validez de la entrevista, utilizando para ello pruebas de 'fiabilidad entrevistador/co-entrevistador' o de fiabilidad 'test/re-test'.

El cálculo de la fiabilidad del Sistema SCAN se realizó mediante los estadísticos de Kappa y Kappa ponderado. Los valores de 0.40-0.49 fueron considerados como aceptables, de 0.50-0.59 como razonables, de 0.60-0.69 como buenos y de 0.70+ como excelentes (Fleiss, 1981). Se exigió en cada categoría diagnóstica, un número mínimo de diez evaluaciones como requisito necesario para establecer cálculos de la fiabilidad. La fiabilidad entrevistador/evaluador y test/retest encontradas para las categorías diagnósticas CIE-10 y DSM-III-R para el global de la población investigada en los "estudios de campo" realizados a nivel internacional muestran que en las modalidades de evaluación del tipo "entrevistador/co-entrevistador" la concordancia es muy alta, con la mayoría de los valores Kappa superiores a 70 no existiendo diferencias marcadas entre los sistemas diagnósticos CIE-10 y DSM-III-R. Sin embargo, en la modalidad "test/retest" la concordancia disminuye en los cuadros de ansiedad y pánico tanto para el sistema CIE-10 como DSM-III-R. Concluyendo, los resultados del estudio de fiabilidad entre los centros participantes, en los que se incluía España, revelaron que el SCAN era un instrumento fiable, alcanzando altos niveles de concordancia en la situación test-retest y entrevistador/co-entrevistador (Wing et al., 1990).

4.1.5.1.4. Adaptación española

La versión española del Sistema SCAN fue llevada a cabo por un grupo de trabajo de la Unidad de Investigación de Psiquiatría Social de Cantabria. Esta Unidad es "Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y Docencia en Salud Mental" y participó en los "Estudios de Campo" para el desarrollo y verificación, a nivel internacional, de dicho Sistema.

La traducción de esta entrevista psiquiátrica ha supuesto la incorporación de un lenguaje técnico altamente especializado y en gran medida desarrollado en el mundo anglosajón por lo que se requirió la adopción de una serie de estrategias para llevar a cabo el proceso de traducción así como resolver problemas de índole lingüística. Otro aspecto fundamental que se ha tenido en cuenta es incorporar, en los distintos elementos del SCAN, la terminología psiquiátrica internacional moderna, siguiendo las convenciones utilizadas en el Capítulo (V) de la versión española de la CIE-10. Este procedimiento está ampliamente descrito en Vázquez Barquero et al. (1992).

Una vez establecida la fiabilidad del Sistema SCAN, a nivel internacional, se ha verificado dicha fiabilidad para el desarrollo de la versión española, en las categorías nosológicas establecidas en el único centro español que participó en dicho proceso. El análisis de la fiabilidad "inter-evaluaciones" para los cuadros de "consumo perjudicial de alcohol" y "dependencia alcohólica" reveló, para la modalidad "entrevistador/co-entrevistador" un nivel de concordancia perfecta ($Kappa=1$) y en la modalidad "test/retest" un nivel de acuerdo del 94% ($kappa=.93$). Para la sección de "alteraciones mentales orgánicas" se realizó dicha verificación en colaboración con el centro de Atenas. Los índices alcanzados en las distintas categorías diagnósticas y en ambas modalidades de evaluación ("entrevistador/evaluador" y "test/retest") son muy altos, alcanzando a nivel global, una concordancia perfecta (Vázquez Barquero et al., 1992).

4.1.5.2 *El Cuestionario de Evaluación de Necesidades Asistenciales*

4.1.5.2.1 Origen y desarrollo.

En la década de los 80, investigadores pertenecientes a la Unidad de Psiquiatría Social del *Medical Research Council (MRC)* de Londres desarrollaron una línea de investigación para medir necesidades en el campo de la psiquiatría, comenzando con la elaboración de la escala *Social Behaviour Scale (SBS)* (Wykes y Sturt, 1986) y culminando con la creación del *MRC Needs for Care Assessment (NCA)* (Brewin et al., 1987; Brewin y Wing, 1989). Este último instrumento, diseñado para la investigación, fue específicamente desarrollado para medir las necesidades de los enfermos mentales crónicos que viven en la comunidad. Una primera versión fue editada en 1987 y, en 1989, vio la luz la segunda versión la cuál se describe en esta sección.

El NCA ha sido utilizado en diferentes contextos socioculturales y sanitarios y con poblaciones de enfermos con características distintas: con enfermos mentales crónicos, que residían mayoritariamente en hogares protegidos (Brewin et al., 1988); con familiares que cuidan a los enfermos mentales crónicos que acuden a centros de día (MacCarty et al., 1989). Lesage et al. (1991) lo ha utilizado en una muestra de pacientes no psicóticos. También se ha utilizado para medir las necesidades de las personas sin hogar que residían en centros de acogida (Hogg y Marshall, 1992); con enfermos mentales graves ingresados o en contacto con centros ambulatorios (Haaster et al., 1994 a) y en pacientes esquizofrénicos que viven en la comunidad y están en contacto con los servicios psiquiátricos (Wiersma et al., 1996); en este mismo estudio realizan una comparación internacional entre diversos países europeos sobre necesidades asistenciales medidas a través del NCA. Este mismo autor (Wiersma et al., 1998) ha comparado los resultados obtenidos con el NCA y los obtenidos con otro instrumento de evaluación de necesidades de más reciente creación: *Camberwell Assessment of Needs (CAN)*, Phelan et al., 1995).

Una versión del NCA ha sido adaptada para medir las necesidades de los pacientes con diabetes (Brewin, 1991) y también se ha desarrollado un nuevo instrumento, basado en el NCA cuyo objetivo es medir las necesidades de asistencia psiquiatría que presenta la

población general: *Community Version of the Needs for Care Assessment (NCA-C)* (Bebbington et al., 1996; Lesage et al., 1996).

4.1.5.2.2. Descripción

El NCA fue diseñado específicamente para medir las necesidades de las personas con graves enfermedades mentales que viven en la comunidad y están en contacto con los servicios psiquiátricos.

Es necesario tener en cuenta que en toda "evaluación de necesidades" se incorpora de una manera explícita o implícita una filosofía de cuidados y el resultado de esa evaluación debe ser interpretado bajo ese prisma. Los principios que subyacen en el NCA se basan en considerar a las personas, en la medida que sea posible, a que vivan en comunidad de la manera más independiente posible. Cualquier síntoma, problema de comportamiento o falta de capacidad para el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana es un posible objetivo de intervención.

El procedimiento seguido en la elaboración del NCA ha sido descrito ampliamente en Brewin et al. (1987) y Brewin y Wing (1989). Según el concepto que se desarrolla en este instrumento, una necesidad o problema existe cuando el nivel de funcionamiento de un enfermo desciende o amenaza caer por debajo de un nivel arbitrariamente establecido y para el que hay la posibilidad de ofrecer un cuidado efectivo.

Este instrumento se divide en dos áreas: una sección clínica que incluye 9 ítems de síntomas y problemas de comportamiento y una sección social que incluye 11 ítems sobre destrezas y habilidades (anexo 2).

Existen tres niveles de puntuación:

a) La determinación del nivel de funcionamiento que indica la presencia o ausencia de un problema en alguno de los 20 ítems.

b) La valoración de los tipos de asistencia o intervenciones para cada ítem y la determinación de su adecuación, efectividad, aceptación o rechazo por parte del paciente para el problema que se está valorando (efectiva, parcialmente efectiva, no efectiva, rehusa tratamiento, etc.).

c) La determinación del estado de la necesidad se obtiene aplicando una serie de algoritmos a partir de las puntuaciones de las secciones anteriores. Una necesidad estaría cubierta cuando existe un problema en el nivel de funcionamiento y este ha sido objeto de alguna intervención considerada al menos parcialmente efectiva y no se dispone de otras de mayor efectividad potencial. Una necesidad estaría sin cubrir cuando no es objeto de intervención alguna, o las que se ofrecen son solo parcialmente efectivas, existiendo otras potencialmente más eficaces (anexo 2).

La cumplimentación del instrumento implica dos niveles en la recogida de la información. En un primer nivel la información sobre la presencia o ausencia de un problema en alguno de los 20 ítems se puede obtener tanto de los pacientes, familiares o personal asistencial. En un segundo nivel, un miembro del personal es preguntado sobre la adecuación de un grupo de intervenciones predefinidas para cada uno de los problemas. A partir de esta información el entrevistador determina el estado de la necesidad (anexo 2).

4.1.5.2.3 Características psicométricas

La estimación de la validez para este tipo de instrumentos tiene que estar supeditada a la definición de que una necesidad implica el realizar un juicio de valor. La validez puede también estar limitada a factores culturales, tales como lo apropiado que sea, en determinadas culturas la adquisición de un determinado tipo de habilidades (Lesage et al., 1991).

La fiabilidad entre-jueces para el NCA es, en general, muy satisfactoria como se muestra en los resultados de varios estudios. Los primeros fueron presentados por Brewin et al. (1987) en los que presentan un acuerdo total del 98% para el estado de la necesidad. Algunos estudios posteriores han añadido datos más recientes a la evaluación de la fiabilidad.

Lesage et al. (1991) utilizaron una versión italiana del instrumento en un estudio sobre los servicios psiquiátricos en el sur de Verona en el que 20 pacientes fueron entrevistados independientemente por 3 entrevistadores que mostraron un alto grado de acuerdo en la evaluación del estado de la necesidad ($\kappa=0.95$; tasa de acuerdo global= 98%). Van Haaster et al. (1994 a) examinaron la validez y la fiabilidad de la traducción francesa del instrumento en un estudio con 98 pacientes agudos y crónicos de Montreal. El índice kappa alcanzado para el estado de la necesidad fue de 0.88 y la tasa de acuerdo del 96%. En los 80 pacientes entrevistados los juicios sobre las necesidades coincidían con los puntos de vista de los psiquiatras en el 93% de los casos. Casi la mitad de los desacuerdos se debieron a un cambio en el estado del paciente ocurrido durante el tiempo transcurrido entre la evaluación del entrevistador y la cumplimentación de las entrevistas por parte de los psiquiatras.

La mayoría de los estudios citados sugieren que este instrumento presenta un grado de acuerdo entre entrevistadores entre bueno y excelente. Brewin y Wing (1993) concluyen que el NCA es un instrumento muy fiable en manos de investigadores entrenados en su manejo.

El desarrollo del proyecto multicéntrico europeo “*Evaluation of the Comprehensive Mental Health Care in the Mentally Ill*” ha permitido analizar la fiabilidad entre jueces con los datos de distintos países. El procedimiento seguido se describe en Wiersma y van der Willige (1996) y se ha basado en las puntuaciones otorgadas a 16 casos descritos en sus respectivas viñetas, evaluados por 8 centros, que han arrojado un índice kappa global de 0.56 en ambas secciones (clínica y social) y un porcentaje de acuerdo del 88% para los problemas clínicos y de 84% para los problemas sociales. Una de las hipótesis que se consideran en este estudio es que las mayores discrepancias se encuentran entre países que han sido entrenados por distintos expertos en el NCA.

4.1.5.2.4 Adaptación española

La adaptación del instrumento al español ha sido llevada a cabo por el Grupo de Investigación Salud Mental Granada Sur.

El procedimiento seguido para la adaptación española del NCA consistió en la traducción por parte de un grupo de traductores profesionales con experiencia en traducciones relacionadas con temas sobre salud mental. Una vez traducido el texto fue revisado por dos profesionales del campo de la salud mental con dominio del idioma inglés y español y con conocimientos del tema sobre el que versa el instrumento. Su misión fue buscar posibles incoherencias entre la versión original y la traducción e identificar aspectos que pudieran plantear dificultades de comprensión en la población a la que va dirigida el instrumento. Posteriormente, esta versión fue facilitada a un grupo de expertos en temas de salud mental monolingües para valorar la comprensión y la adecuación de los términos y expresiones utilizadas. Este grupo no conocía el instrumento original y su misión se centró exclusivamente en revisar el significado de cada ítem en nuestro idioma y en la adecuación de su formulación lingüística. Esta nueva versión, por último, fue revisada por los profesionales con conocimientos de los dos idiomas para cotejar si los cambios realizados encajan con el sentido de la versión original aceptando e incorporando las posibles modificaciones. En aquellos casos en los que aún persistían dudas se realizó una consulta con el autor del instrumento para que aclarase los términos que presentaban alguna dificultad. Por consiguiente la filosofía adoptada durante la traducción y "back" traducción al español de este instrumento ha seguido más los principios de una traducción conceptual que literal de la versión inglesa (Gaité et al., 1997).

Para el estudio llevado a cabo en Granada se realizó un análisis de la fiabilidad entre jueces siguiendo la misma metodología utilizada por Wiersma y Willige (1996) que consistió en evaluar, con el NCA, 6 casos clínicos descritos en sus respectivas viñetas, en las que se incluía información sobre las características de los pacientes, su estado mental y el tratamiento al que eran sometidos. Una vez evaluados los casos de forma independiente por tres entrevistadores se calculó el porcentaje de concordancia entre entrevistadores siendo de 83.3%

para la evaluación de los problemas clínicos y de 74.2% para los problemas sociales mientras que en el estado de necesidad el porcentaje de concordancia entre los jueces para las necesidades clínicas fue de 84.4% y para las sociales de un 71.2%.

4.1.5.3. *Ficha Mannheim de Contacto con los Servicios Comunitarios de Salud Mental*

4.1.5.3.1 Origen y desarrollo

El *Mannheim Service Recording Sheet (MSRS)* fue diseñado por el grupo de trabajo de Häfner, en Mannheim, para su utilización a raíz del cierre del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos de esta ciudad. Originariamente tenía el formato de una cartilla en la que figuraban todos los servicios correspondientes a un área determinada con la idea de que el propio paciente la llevara siempre consigo y que, cuando acudía a los distintos dispositivos, se le fueran anotando las intervenciones de que era objeto. En su forma inicial, básicamente, intentaba recoger el tipo y frecuencia de cuidados comunitarios de salud mental que reciben los enfermos mentales una vez que son dados de alta del hospital psiquiátrico.

Con objeto de favorecer la comparabilidad internacional de los resultados, la primera versión del MSRS se elaboró tomando como base las ocho dimensiones de cuidados *-items of care-* que habían sido incluidas en la Clasificación Internacional de Cuidados de Salud Mental de la OMS (*International Classification of Mental Health Care*) (de Jong, 1988; Torres González et al., 1997). En una versión posterior del MSRS - utilizada en este estudio- (Salize y Rössler, 1993) a las 8 modalidades propuestas por Groningen se agregaron tres dimensiones más: ocupación, consejos generales e intervención familiar.

Este instrumento es de gran aplicabilidad para realizar estudios sobre utilización de servicios, análisis de costes, así como para evaluación de servicios y planificación sanitaria.

Los autores del instrumento han publicado un estudio sobre análisis del coste total que supone la atención psiquiátrica comunitaria que reciben un grupo de pacientes esquizofrénicos en Mannheim durante un año (Salize y Rösler, 1996). Para medir la frecuencia en la

utilización de servicios, así como el tipo de intervenciones que reciben han utilizado el MSRS.

En el marco del estudio multicéntrico europeo en el que estamos participando se ha realizado una comparación bilateral entre Mannheim y Granada. En este estudio, a partir de los datos obtenidos con el MSRS, se ha podido comparar el sistema sanitario de Granada y Mannheim y los tipos de intervenciones que se ofrecen en ambos centros presentándose diferencias entre ambos en cuanto al sistema de atención psiquiátrica y a su implicación en el cuidado comunitario de los pacientes (Moreno Küstner et al., 1997 a).

También se ha comprobado su utilidad para la recogida de información sobre utilización de servicios en los registros de casos psiquiátricos. Durante el período 1995-96, en el Registro Acumulativo de Casos de Esquizofrenia Granada Sur se ha utilizado una adaptación del MSRS, como instrumento de rutina para recoger los contactos que realizan los pacientes esquizofrénicos con los servicios de salud mental comunitarios del área cubierta por el Registro.

4.1.5.3.2 Descripción del instrumento

La Ficha *Mannheim* de Contacto con los Servicios Comunitarios de Salud Mental tiene como objetivo recoger el paso de los enfermos mentales por la red de servicios comunitarios de salud mental de un área determinada. Con ella se registra, de cada contacto que realiza el paciente con la red pública de servicios de salud mental, la siguiente información: el dispositivo al que acude, el tipo de intervención que se le facilita en dicho contacto y la fecha (en intervalos semanales) en las que dicha intervención ocurre. Así mismo, para cada semana, se sabe el tipo de alojamiento en el que está residiendo el paciente y si ha sido ingresado en el hospital.

Cada ficha cubre un período de tres meses, por lo que son precisas cuatro fichas para cubrir un año de seguimiento en la utilización de servicios. El sistema matricial que utiliza permite, mediante procedimientos sumatorios, ofrecer un resumen de utilización de servicios,

mediante cifras que incluyen el número total de contactos y de tipos de intervención, por enfermo, en cada uno de los servicios del área y desagregado por cada semana incluida en el período de estudio. Una descripción del instrumento más amplia se encuentra en Moreno Küstner et al. (1997 a).

Con este instrumento, se recoge exclusivamente la información correspondiente a los contactos con los equipos ambulatorios y centros u hospitales de día. No se puede aplicar durante los períodos de hospitalización debido a que los tipos de intervenciones previstos en el instrumento no concuerdan con las que usualmente se ofrecen en un hospital.

Mediante este instrumento queda reflejado de una manera muy clara el paso de los pacientes a través de la red pública de servicios comunitarios de salud mental ofreciendo una visión general sobre qué servicios están implicados en el cuidado de cada enfermo, cuándo y con qué frecuencia los pacientes los utilizan y qué tipo de tratamiento o atención se ha recibido en cada contacto con los servicios proporcionando un patrón muy detallado de los cuidados de salud mental que tienen lugar en la comunidad.

4.1.5.3.4. Adaptación española

La traducción y adaptación del MSRS al español ha sido realizada por el Grupo de Investigación Salud Mental Granada Sur y se ha seguido la misma metodología que para la traducción del NCA (consultar página 123). Al basarse este instrumento, en las mismas dimensiones o tipos de cuidados que la Clasificación Internacional de Cuidados de Salud Mental, la definición de cada una de las intervenciones ha sido comparada y contrastada con la única versión española de dicha clasificación publicada antes del comienzo del estudio de campo (Corcés, 1993).

4.1.6 VARIABLES INCLUIDAS EN EL ESTUDIO DE SEGUIMIENTO

A partir de la información recogida con los instrumentos anteriormente descritos se han seleccionado un grupo de variables que se han considerado necesarias para alcanzar los objetivos de esta Tesis Doctoral. Además se han incluido otro grupo de variables demográficas y socioeconómicas que hemos considerado de interés para el estudio. En alguna de estas variables la información se recogió desagregada en algunas categorías más de las que figuran a continuación pero, debido al escaso número de casos incluidos en las mismas, se agruparon como figuran en las categorías siguientes.

4.1.6.1. Variables independientes

4.1.6.1.1. Variables demográficas y socioeconómicas

- **Sexo:**

- Hombre
- Mujer

- **Edad:**

Agrupada en los siguientes rangos :

- 21-25
- 26-30
- 31-35
- 36-40
- 40+

- **Estado civil:**

- Soltero
 - Casado/viviendo en pareja
 - Separado/divorciado
- Tipo de convivencia:
 - Solo
 - Familia de origen
 - Familia propia
 - Alojamiento protegido
- Nivel de estudios:
 - Sin estudios
 - Primarios incompletos
 - Primarios completos
 - Secundarios incompletos
 - Secundarios completos
 - Superiores
- Tipo de ingresos económicos
 - Salario
 - Mantenido por padres/pareja o familiares
 - Pensión
 - Otro soporte
- Situación laboral
 - Empleo remunerado
 - Empleo sin remunerar
 - Sin empleo

.4.1.6.1.2. Variables clínicas

- **Diagnóstico. Subtipo de esquizofrenia (código según la CIE-10) obtenido a través de la entrevista SCAN.**
 - **Paranoide (F20.0)**
 - **Hebefrénica (F20.1)**
 - **Catatónica (F20.2)**
 - **Indiferenciada (F20.3)**
 - **Residual (F20.5)**
 - **Simple (F20.6)**

- **Grupos de Items del SCAN: Aquellos grupos de Items que están relacionados con los síntomas psicóticos (ver anexo 1)**
 - **Despersonalización, desrealización**
 - **Delirios y alucinaciones depresivas**
 - **Delirios corporales**
 - **Delirios y alucinaciones expansivas**
 - **Hiperactividad**
 - **Percepción alterada**
 - **Alucinaciones no específicas**
 - **Alucinaciones auditivas no afectivas**
 - **Experiencias de distorsión de la forma del pensamiento**
 - **Delirios de control**
 - **Delirios e interpretaciones extravagantes**
 - **Delirios misceláneos**
 - **Delirios de referencia**
 - **Delirios de persecución**
 - **Agitación emocional**
 - **Lenguaje incoherente**
 - **Otras anomalías del lenguaje**

- Comportamiento socialmente embarazoso
 - Afectividad plana e incongruente
 - Pobreza del lenguaje
 - Comunicación no verbal
 - Negligencia hacia sí mismo
 - Retardo motor
 - Conducta catatónica
- **Edad de comienzo de la enfermedad:** edad en la que el paciente es diagnosticado de esquizofrenia.

Se ha agrupado en los siguientes rangos:

- 15-19
 - 20-24
 - 25-29
 - 30-34
 - 35-39
- **Años de evolución de la enfermedad:** número de años que transcurren desde que el paciente es diagnosticado de esquizofrenia hasta que es incluido en el estudio. Se ha agrupado en grupos de edad de 5 en 5 años, rango desde 1 hasta 35+
 - **Número de ingresos psiquiátricos previos al comienzo del estudio.** Número de veces que el paciente ha sido ingresado tanto en una unidad de agudos de un hospital general como en un hospital psiquiátrico antes de comenzar el estudio.

Se ha analizado en las siguientes categorías:

- Sin ingresos previos
- 1-2 ingresos
- 3-6 ingresos
- > 6 ingresos.

- **Años en hospital por ingresos psiquiátricos previos.** Número de años totales que ha permanecido el paciente en el hospital por ingresos psiquiátricos previos al comienzo del estudio.

Agrupación realizada:

- < 1 año
- 1 año
- >1 año

4.1.6.1.3. Variables de necesidades asistenciales

- **Problemas clínicos (Sección A)**
 - Síntomas psicóticos positivos
 - Lentitud y baja actividad
 - Efectos secundarios de la medicación
 - Síntomas neuróticos
 - Demencia o psicosis orgánica
 - Síntomas físicos o enfermedades
 - Comportamiento peligroso o destructivo
 - Comportamiento socialmente embarazoso
 - Angustia
 - Uso de alcohol
 - Uso de drogas

- **Problemas de destrezas y habilidades (Sección B)**
 - Higiene personal

- **Compras domésticas**
 - **Conseguir alimentos**
 - **Tareas domésticas**
 - **Uso de transporte público**
 - **Uso de establecimientos de ocio**
 - **Educación**
 - **Ocupación**
 - **Habilidades de comunicación**
 - **Manejo de dinero**
 - **Resolución de gestiones propias**
- **Estado de la necesidad**
 - **Cubierta**
 - **No cubierta**
 - **Sin posibilidades de cubrirse**

4.1.6.2 Variables dependientes

4.1.6.2.1 Índices de utilización de servicios

Se ha cuantificado la utilización de servicios de salud mental por parte de los pacientes seleccionados para el estudio de seguimiento a través de los siguientes indicadores.

- **Número total de contactos ambulatorios (CA).** Definida como el número de veces que el paciente acude a los Equipos de Salud Mental de Distrito.
- **Número total de contactos ambulatorios más número total de contactos con centros de día (CAD).** Se define como una única variable en la que se contabiliza el número de veces que el paciente acude a los Equipos de Salud Mental de Distrito más el número de veces que el paciente acude a los dispositivos intermedios (Unidad de Rehabilitación de Área).

- **Número de ingresos hospitalarios.** Número de veces que el paciente ingresa durante el período de seguimiento en la Unidad de Agudos del Hospital General.
- **Índice de Lavik.** Se ha construido un índice de utilización de servicios que resume en una única puntuación el uso total de servicios de salud mental que realizan los pacientes durante el período de seguimiento (Lavik, 1983):
 - 1 día ingresado en un hospital = 3 puntos
 - 1 día en un centro de día = 2 puntos
 - 1 contacto ambulatorio = 1 punto

Para clasificar los pacientes en distintos niveles de utilización de servicios se ha aplicado una escala logarítmica dividida en los siguientes niveles:

- 1
- 2-3
- 4-30
- 31-100
- 101-167
- 168-393
- 394-1094
- 1095

A partir de estos niveles los pacientes se pueden dividir en los siguientes categorías, según la puntuación del índice de Lavik que obtengan:

- . **Categorías (puntuaciones)**
 - **Monoconsultantes (1)**
 - **Usuarios bajos (2-3)**
 - **Usuarios moderados (4-100)**
 - **Usuarios Altos (101-393)**

- Usuarios muy altos (394-1094)

4.1.7 COMPOSICIÓN Y ENTRENAMIENTO DEL EQUIPO INVESTIGADOR Y CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN

El equipo investigador estuvo compuesto por 3 psiquiatras y 3 psicólogos además de un psiquiatra encargado de la supervisión del trabajo. Cinco de los componentes del equipo investigador pertenecían a la plantilla del personal facultativo del Servicio Andaluz de Salud y tenía experiencia clínica, trabajando con dedicación parcial en la realización de las entrevistas a los pacientes. La doctoranda (becaria del FIS durante el período 1993-94) trabajó a tiempo completo en el proyecto realizando la traducción, adaptación y edición de los instrumentos, las entrevistas a los pacientes y el posterior procesamiento informático y análisis de la información.

El trabajo de campo comenzó en Junio de 1994, con la primera entrevista SCAN. El período de reclutamiento de la cohorte duró 6 meses (diciembre 1994). El seguimiento de cada pacientes se realizó durante 12 meses desde la primera evaluación, por lo que el trabajo de campo finalizó en diciembre de 1995.

Todos los miembros del equipo investigador fueron entrenados en el manejo del SCAN por el Centro Reconocido por la OMS en España, para impartir las sesiones de entrenamiento de este instrumento, dirigido por el profesor J.L. Vázquez Barquero de la Unidad de Investigación en Psiquiatría Social de Cantabria del Hospital de Valdecillas. Los cursos de entrenamiento de una semana de duración se desarrollaron en Santander (Noviembre, 1993) y en Granada (Enero, 1994).

Para el entrenamiento del NCA, el Grupo de Investigación Salud Mental Granada Sur organizó un curso, en Granada, de una semana de duración (Febrero, 1994) impartido por el artífice del instrumento, C. Brewin, del Instituto de Psiquiatría de Londres.

4.1.8 MÉTODO ESTADÍSTICO

4.1.8.1 *Análisis descriptivo*

Con objeto de describir las características principales de la muestra se realizó un análisis descriptivo básico de cada una de las variables del estudio atendiendo fundamentalmente a su distribución de frecuencias. En el caso que fue oportuno se resumió tal distribución con las medidas clásicas de posición (media, mediana y moda) y con medidas clásicas de dispersión (rango y desviación típica).

4.1.8.2 *Análisis de la varianza y multivariante*

Para conocer el efecto de cada uno de los factores en las variables dependientes (contactos ambulatorios, contactos ambulatorios más contactos con centros de día e índice de Lavik) expresados de forma numérica se realizó un test de comparación de medias mediante la técnica del análisis de la varianza de una vía (Programa BMDP-7D).

Debido a que la técnica del análisis de la varianza de una vía exige para su aplicación la normalidad de la variable de respuesta en cada uno de los grupos estudiados y la homogeneidad de la varianza en los diferentes grupos se aplicó una transformación de los datos, con el objeto de homogeneizar las varianzas, cuando estas no lo eran. La transformación aplicada fue una de la familia de transformaciones de Box-Cox que fue determinada a partir de los datos originales por el método de máxima verosimilitud para que las varianzas fueran homogéneas.

Para los test individuales se aplicó, con objeto de dar significaciones, un criterio que no es el clásico del 5% dando significaciones en un entorno cercano del mismo. Tal forma de proceder tuvo dos razones: a) no descartar variables que podían resultar relevantes en el análisis multivariante y b) obviar la “arbitrariedad” del 5% en variables que pueden ser de interés.

Con el análisis anterior se llevó a cabo un análisis individualizado de la asociación entre cada variable y la variable de respuesta correspondiente. Tal análisis, sin embargo no muestra la relación de cada variable con la variable de respuesta descontando el efecto de otras variables que pudieran estar influyendo en esa relación. Para conseguir este objetivo se llevó a cabo un análisis multivariante a través de la técnica de la regresión lineal múltiple previo proceso de transformación de Box-Cox y análisis pertinente de residuos para conseguir que se cumplieran las condiciones de aplicación de la técnica; una vez aplicada esta técnica se consiguió obtener un modelo final de la relación de un subconjunto de variables con la variable de respuesta (usando el programa estadístico BMDP-1R).

El modelo final fue obtenido a partir de las variables que dieron significativas en el análisis bivalente o que estuvieron cerca de la significación; para ello y debido al tamaño de la muestra, tales variables se dicotomizaron y se enfrentaron individualmente con la variable de respuesta reportándose el coeficiente de correlación lineal simple (r) de cada una de ellas con la variable de respuesta y el nivel de significación (P) del test de igualdad acerca de tal coeficiente; el modelo así ajustado, que es realmente un conjunto de modelos, fue etiquetado como modelo I expresando la relación individual de cada una de las variables con la variable de respuesta.

En una segunda fase, se ajustó un modelo con todas las variables, con dos fines: uno el de ver el porcentaje de varianza de la variable de respuesta explicada por el total de las variables presentes en el modelo (R^2), y otro, el de ver cómo se modificaba la relación de cada una de las variables con la variable de respuesta cuando se descontaba la influencia de otras variables; tal modelo fue etiquetado como modelo II y sería analizable sin más. Sin embargo, en tal modelo aparecían muchas variables que perdían su significación y, además, las fuertes relaciones entre ellas daban un modelo inestable que proporcionaba estimaciones grandes de los coeficientes y de su error estándar; por ello, se procedió a una reducción de las variables del modelo con los siguientes criterios: a) si la reducción que provoca en R^2 no era significativa; b) si la variación que provoca en los coeficientes del modelo no era inferior al 10%. Este mecanismo fue elegido para no perder ninguna variable que pudiera ser de interés. Además y con objeto de asegurarnos que no se pierde ninguna variable relevante, una vez

conseguido el modelo, se intentó añadir de manera individual, y conjunta, las variables ausentes del mismo con objeto de ver si alguna añadía algo más. Después de ese proceso el modelo obtenido fue etiquetado como modelo III y es el que se va a valorar y discutir posteriormente.

Con todos los modelos ajustados se llevó a cabo un análisis de residuos para detectar fallos en las hipótesis del modelo de la regresión lineal, así como para detectar datos influyentes o datos extremos; en ningún caso resultó significativo ninguno de estos análisis residuales.

La técnica aplicada a la variable “número de ingresos hospitalarios durante el período de seguimiento” no puede ser la misma que la aplicada al resto de las variables de consumo de servicios debido al escaso número de pacientes ingresados ($n=16$) a lo largo del estudio, por ello la variable se dicotomizó en dos categorías 0 (pacientes sin ingresos) y > 0 (pacientes con ingresos), convirtiéndose, así, en una variable categórica. Por ello, el análisis bivariante para ella fue hecho empleando la comparación de proporciones mediante la χ^2 o cuando esta no podía aplicarse, un método exacto de análisis de tablas de contingencia (usando el paquete STATXACT) que en el caso de tablas 2×2 era el test exacto de Fisher.

A continuación se llevó a cabo el análisis multivariante aplicando la técnica de regresión logística exacta (programa LogXact) pues los ajustes hechos por aproximaciones fallaban debido al tamaño de la muestra. En todos los casos se usó como parámetro para valorar la fuerza de la asociación la “odds ratio” para la que se dio una estimación puntual y una estimación por intervalos.

4.1.8.3 Análisis de probabilidades de transición: cadenas de Markov

Para caracterizar de forma más dinámica los patrones de uso de los servicios de salud mental se llevó a cabo un análisis de cadenas de Markov estacionarias de primer orden para conseguir estimar las probabilidades de transición entre estados (sin contacto, contacto ambulatorio, contacto con dispositivos intermedios e ingresos hospitalarios) en dos instantes de tiempo.

La estimación de las probabilidades de transición se hizo confirmando previamente que la cadena era estacionaria con el test de bondad de ajuste oportuno (χ^2 de bondad de ajuste) que no dio nunca significativo.

La fórmula para estimar las probabilidades de transición es la siguiente (Bartholomew y Forbes, 1979):

$$\hat{p}_{ij} = \sum n_{ij}(T) / \sum n_i(T) \quad (ij=1,2,\dots,k)$$

\hat{p}_{ij} = probabilidad de transición estimada

n_{ij} = número de personas que pasan de una categoría i a una categoría j en el intervalo de tiempo T

$n_i(T)$ = número de personas en la categoría i al comienzo del intervalo T

La estimación de los errores estándar de las probabilidades estimadas se hizo usando el método de remuestreo “*bootstrap*” con 500 selecciones. El mismo proceso de estimación se llevó a cabo para distintos subgrupos de pacientes que resultaban especialmente interesantes.

Para el cálculo de las estimaciones puntuales de las probabilidades de transición se utilizó el programa MARKOV 6 ©, 1992 Erwin Veermans, del Departamento de Psiquiatría Social de la Universidad de Groningen (Holanda).

4.2 REGISTRO ACUMULATIVO DE CASOS DE ESQUIZOFRENIA GRANADA SUR

Para llevar a cabo un análisis de supervivencia se decidió utilizar mayor número de casos para lo que se seleccionaron los pacientes incluidos en el Registro Acumulativo de Casos de Esquizofrenia del Área de Salud Mental Granada Sur

El Registro Acumulativo de Casos de Esquizofrenia Granada Sur es un proyecto de investigación desarrollado en el marco de un Convenio de colaboración en temas de salud mental firmado entre la Escuela Andaluza de Salud Pública y la Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. El desarrollo de dicho proyecto se está llevando a cabo por el Grupo de Investigación Salud Mental Granada Sur de la Universidad de Granada.

El Registro comenzó su actividad el 1 de Enero de 1995 y cubre el área de Salud Mental Granada Sur con una población de 374.244 habitantes según el censo del año 1991.

4.2.1 OBJETIVOS DEL REGISTRO

Los objetivos esenciales del Registro son:

- determinar la prevalencia de la esquizofrenia asistida por la red pública de dispositivos de salud mental del área sur de la provincia de Granada, a partir del año 1995.
- caracterizar al colectivo de pacientes que utilizan los servicios del área cubierta por el Registro.
- conocer la trayectoria que siguen los pacientes en la red de asistencia a la salud mental y el tipo de asistencia que recibe este colectivo así como los profesionales implicados en la misma.

4.2.2 DEFINICIÓN DE CASO

Criterios de inclusión:

- residir en el área cubierta por el registro (en este caso Granada Sur)
- haber sido diagnosticado de esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes (códigos F20-F29 según la CIE-10)
- acudir a recibir atención a la red pública de servicios asistenciales de salud mental del área Granada Sur durante el año 1996

4.2.3 FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes de información del Registro son todos los dispositivos de salud mental del área:

- Equipos de Salud Mental de Distrito (E.S.M.D.):
 - . La Alpujarra
 - . Costa
 - . Granada Sur
 - . Loja
- Unidad de Salud Mental del Hospital General (U.S.M.-H.G.)
- Unidad de Rehabilitación de Área (U.R.A.)
- Unidad de Rehabilitación Intrahospitalaria (U.R.I.)
- Hospital de Día (HDIA)

4.2.4 IMPRESOS Y METODOLOGÍA DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

- **Ficha de identificación del paciente.** Incluye los datos para identificar al paciente: número de Registro (asignado en el registro), fecha de alta en el registro, sexo, fecha de nacimiento, municipio de residencia (código INE), iniciales de los apellidos y nombre. A partir de esta información se crea un código de identificación único para cada paciente (código de conexión probabilística) el cual permite identificar a cada paciente sin disponer del nombre del mismo con el objetivo de preservar la confidencialidad de la información que se maneja en el Registro (anexo 4).
- **Ficha epidemiológica,** incluye las siguientes variables: nivel educativo, tipo de convivencia, nivel educativo, estado civil, situación laboral, diagnóstico, fecha del diagnóstico (anexo 4).

Para recoger la información referente a la utilización de servicios de salud mental comunitarios se ha elaborado una Ficha específica para este fin denominada:

- **Ficha de Contacto con los Equipos Comunitarios de Salud Mental.** Es una adaptación de la Ficha *Mannheim* de Contacto con los Servicios Comunitarios de Salud Mental; en ella se recoge de cada paciente, la fecha en la que se realiza el contacto con el dispositivo, el tipo de intervención que se le facilita y el profesional que la realiza (anexo 5).

Los E.S.M.D. disponen de la información sobre datos personales del paciente y de la ficha epidemiológica en una base de datos expresamente diseñada para ello, facilitando al Registro una copia de los datos.

Respecto a la ficha de Contacto con los Equipos Comunitarios de Salud Mental se cumplimenta en los E.S.M.D. y U.R.A. y semestralmente se envía al Registro donde se procede a su revisión y posterior procesamiento.

La información referente a los ingresos en la USM-HG ha sido facilitada al Registro a través de un listado de todos los pacientes que cumplían los criterios de inclusión en el Registro, elaborado por el Servicio de Documentación del Hospital Clínico.

Una vez que los datos llegan al Registro se centralizan en una única base de datos y se le asigna a cada paciente un único número de registro. En aquellos casos que falta información esencial para la identificación de los pacientes o para el análisis básico de los datos, se vuelve a contactar con las fuentes para recabar dicha información.

El control de calidad de la información del Registro se ha llevado a cabo mediante una minuciosa depuración de los datos: se han realizado cruces de bases de datos de distintas fuentes para asegurar que se registraban todos los casos así como para detectar todos los posibles duplicados. Tras este laborioso proceso estamos en condiciones de garantizar la exactitud de la información que se presenta.

4.2.5 VARIABLES INCLUIDAS EN EL REGISTRO

Respecto a los pacientes las variables recogidas son las siguientes:

- Sexo
- Hombre
- Mujer

- Edad

Agrupada en los siguientes rangos de edad:

- 15-29
- 30-39
- 40-49
- 50+

- Estado civil

- Soltero
- Casado/viviendo en pareja

- Separado/divorciado
- Viudo
- Tipo de convivencia
 - Solo
 - Familia de origen
 - Familia propia
 - Comunidades/Instituciones
 - Otros
- Nivel de estudios
 - Analfabetos
 - Sin estudios
 - Primarios
 - Secundarios
 - Universidad
- Situación laboral
 - Trabajando
 - De baja
 - Estudiante
 - Sus labores
 - Parado
 - Jubilado con pensión
 - Otros
- Diagnóstico clínico (según CIE-10)
 - Esquizofrenia (F20)

- Trastorno esquizotípico (F21)
- Trastorno de ideas delirantes (F22)
- Trastornos psicóticos agudos o transitorios (F23)
- Trastorno esquizoafectivo (F25)
- Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28)
- Psicosis no orgánica sin especificar (F29)

4.2.6. Análisis estadístico: Análisis de supervivencia

Se llevó a cabo el análisis del tiempo entre contactos ambulatorios. Para ello se midió la distancia entre cada pareja de contactos para los 631 pacientes incluidos en el Registro Acumulativo de Casos de Esquizofrenia Granada Sur durante el año 1996. Habiendo tres tipos de contactos (ambulatorios, con centro de día e ingresos) se decidió usar sólo las distancias entre contactos ambulatorios. Teniendo, pues, como base la longitud entre contactos ambulatorios se llevó a cabo un estudio en tres fases para lo que se utilizó el paquete BMDP-1L, 2L.

1ª fase. Descriptiva, en la que se ajustó la curva de supervivencia al conjunto de los datos usando el método Kaplan-Meier (Blossfeld et al., 1989).

2ª fase. Comparación de las curvas de supervivencia para los niveles de cada una de las variables sociodemográficas usando el test de Breslow seguida de comparaciones a posteriori en el caso de que diera significativo.

3ª fase. Análisis multivariante usando el modelo de los riesgos proporcionales de Cox para ver el aporte independiente de cada variable en el tiempo entre contactos ambulatorios (Cox, 1972).