

EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL DE LOS PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL

PSYCHOLOGICAL EVALUATION OF OPERATION OF PATIENTS WITH MENTAL DISORDER

Gómez P¹, Enders JE¹, Alvarado R², Cometto MC³, Fernández AR³

Resumen

Las enfermedades mentales severas y crónicas como la esquizofrenia se asocian a problemas muy complejos que no se limitan a los síntomas sino que también afectan el funcionamiento psicosocial y la integración comunitaria.

Objetivo: Evaluar la fiabilidad, en términos de consistencia interna, de WHODAS 2.0 para analizar el funcionamiento psicosocial de las personas con esquizofrenia que viven en la comunidad y son usuarios de servicios de salud mental.

Métodos: La muestra fue de 100 usuarios con diagnóstico de esquizofrenia (F20 a F29 de la CIE 10) que viven en la comunidad y en contacto con los servicios de salud mental en Córdoba, Buenos Aires y San Luis, en Argentina. Los entrevistadores fueron capacitados en el uso de WHODAS 2.0.

Resultados: Para la consistencia interna global de la WHODAS 2.0 se obtuvo un Alfa de Cronbach = 0,78. Los resultados para los usuarios de los servicios analizados fueron: Dominio 1, el 57% ninguna, 19,4% leve, 20,4% moderada, y 3,2% severa. En el Dominio 2, el 60,2% fue ninguna, 18,3% leve, 17,2% moderada, 3,2% severa; Dominio 3, el 54,9% ninguna, 23,7% leve, 19,4% moderada y 2,2% severa; Dominio 4, el 74,2% ninguna, 18,3% leve, 6,5% moderada y 1,1% severa; Dominio 5, el 82,8% ninguna, 1,8% leve, 4,3% moderada y 1,1% severa; Dominio 6, el 81,7% ninguna, 15,1% leve y 3,2% moderada.

Conclusiones: WHODAS 2.0 mostró una alta consistencia interna en esta población. La mayoría de los usuarios de los servicios no tenían discapacidad o discapacidad leve en los 6 dominios. Una minoría sustancial tenía discapacidad moderada en algunos dominios (D1, D3). En todos los dominios, menos del 5% tenían discapacidad severa.

Palabras claves: Trastornos mentales – Evaluación de la discapacidad – Aspectos psicosociales

Abstract

The severe and chronic mental illnesses such as schizophrenia are associated with very complex problems that are not confined to the symptoms but also affect psychosocial functioning and community integration.

Objective: To evaluate the reliability (in terms of internal consistency) of the WHODAS 2.0 for analyzing the psychosocial functioning of people with schizophrenia living in the community and using mental health services, and report the WHODAS 2.0 results from the same sample.

1 Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Universidad Nacional de Córdoba.

2 Instituto de Salud Poblacional "Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende", Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

3 Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM), Universidad Nacional de Córdoba.

* Autor de contacto: A. Ruth Fernández. Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Enrique Barros esquina Enfermera Gordillo. Ciudad Universitaria, Córdoba, Argentina. CP: 5000

E-mail: aruthfernandez@gmail.com

Financiamiento

La investigación en la cual se basa esta publicación fue apoyada parcialmente por el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de USA, a través del proyecto U19MH095718 (para los autores Gómez, Enders, Alvarado, Cometto, Fernández). El contenido es de responsabilidad exclusiva de los autores y no representa necesariamente la visión de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de USA.

Methods: The sample comprised 100 users diagnosed with schizophrenia (F20 to F29 of ICD 10) living in the community and in contact with mental health services in Córdoba, Buenos Aires and San Luis in Argentina. Interviewers were trained in the use of the WHODAS 2.0.

Results: For the overall internal consistency of the WHODAS 2.0: Cronbach's alpha = 0.78. WHODAS 2.0 results for these service users were: Domain 1, 57% none, 19.4% mild, 20.4% moderate, 3.2% severe. Domain 2, 60.2% none, 18.3% mild, 17.2% moderate, 3.2% severe. Domain 3, 54.9% none, 23.7% mild, 19.4% moderate, 2.2% severe. Domain 4, 74.2% none, 18.3% mild, 6.5% moderate, 1.1% severe. Domain 5, 82.8% none, 1.8% mild, 4.3% moderate, 1.1% severe. Domain 6, 81.7% none, 15.1% mild, 3.2% moderate.

Conclusions: WHODAS 2.0 showed high internal consistency in this population. Most of the service users had no disability or mild disability in all 6 domains. A substantial minority had moderate disability in some domains (D1, D3). In all domains, <5% had severe disability.

Keywords: Mental disorders – Disability Evaluation – Psychosocial aspects

Introducción

Los problemas de salud mental constituyen un área prioritaria de la salud pública en el mundo. Se calcula que 450 millones de personas sufren trastornos mentales.¹ Dentro de los trastornos mentales severos, la prevalencia e incidencia de la esquizofrenia a lo largo de la vida es variable.^{2,3,4,5} En los trastornos mentales severos, uno de los aspectos más importante es la evaluación de la tasa de prevalencia de la discapacidad social que genera este trastorno.⁶

Algunos autores expresan que la enfermedad mental crónica cursa con un deterioro que se evidencia a través de diversas discapacidades, referidas fundamentalmente a la pérdida de habilidades para el adecuado desempeño de roles sociales, con la consecuente disminución de la calidad de vida.^{7,8}

Por otra parte, los resultados de otros estudios mostraron una asociación directa con algunas de las variables relacionadas con la evolución y el estado clínico, así como con el número de intervenciones psicosociales para considerar sus posibilidades de disminuir el importante impacto social que genera.^{9,10}

Es por esto que, los tratamientos de los trastornos mentales severos están destinados centralmente a mejorar el funcionamiento de las personas que padecen este sufrimiento psíquico “en el mundo social”. De esta manera las personas realizan un esfuerzo para lograr esto, comprometidos en un esfuerzo continuo para gestionar el impacto de la enfermedad tanto en su experiencia subjetiva así como en el día a día.^{11,12}

La conceptualización de este esfuerzo se expresa

como un proceso activo, continuo y dirigido tanto individualmente como familiarmente, esta apreciación es coherente con otros exámenes realizados de las cuentas de usuario de servicio de salud mental.^{13,14} Al respecto, en América Latina, las políticas específicas en salud mental de los países tienden a apoyar la inclusión social de las personas con trastornos mentales severos.¹⁵

A pesar de todos los conocimientos acumulados, hay muchos aspectos intrínsecos que todavía deben ser estudiados, tal como la necesidad de identificar los posibles factores de protección que sirvan de base para programas futuros de atención, que optimicen las posibilidades de una vida mejor en estos pacientes.^{16,17} Varios estudios al respecto plantean la necesidad de disminuir el grado de discapacidad y en consecuencias la pérdida de las funciones psicosociales, que generan grandes costes económicos, incorporando una serie de innovaciones y avances en las modalidades terapéuticas y en la consiguiente reordenación de los servicios asistenciales.¹⁸⁻²⁰

El presente trabajo, en el contexto del proceso de transformación de los servicios de salud mental en Argentina, forma parte de un proyecto de evaluación del funcionamiento psicosocial de personas que padecen un trastorno mental severo y que se encuentran incorporados a la comunidad, a fin de poder ofrecer elementos para que el sistema de salud pueda otorgar cuidados más precisos, que permitan obtener mejores resultados en la calidad de vida de los usuarios del sistema.²¹

Así, el objetivo del presente estudio fue evaluar la

fiabilidad, en términos de consistencia interna, del WHODAS 2.0 (por sus siglas en inglés World Health Organization Disability Assessment Schedule) para analizar el funcionamiento psicosocial de las personas con esquizofrenia que viven en la comunidad y son usuarios de servicios de salud mental.

Metodo

El presente estudio fue observacional y transversal. Se consideraron para la muestra un total de 100 usuarios que viven en la comunidad y están en contacto con los servicios de salud mental de las provincias de Córdoba, Buenos Aires y San Luis de la República Argentina.

Los criterios de inclusión fueron: Estar diagnosticado de esquizofrenia o trastornos afines (F20 a F29 de la CIE 10), ser mayor de 18 años, residir en una de las áreas seleccionadas, estar en contacto con los servicios de salud mental y haber firmado el consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron: Estar diagnosticado con otro trastorno que no sea el especificado, ser menor de 18 años y residir en hospitales de largo tratamiento.

Las variables socio demográficas que se estudiaron fueron: edad, sexo, estado civil, tipo de convivencia, nivel educativo y situación profesional.

Previa a la aplicación del instrumento, los entrevistadores fueron debidamente capacitados.

Instrumento: para la recolección de datos se utilizó la escala de evaluación del funcionamiento psicosocial (WHODAS 2.0), elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), este instrumento es conceptualmente compatible con la revisión reciente de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la OMS en el año 2001.²¹ Se trata de una revisión completa de la WHODAS (publicada por la OMS en 1988) que refleja el pensamiento actual de la OMS sobre el funcionamiento psicosocial de los pacientes y la discapacidad producto de su enfermedad y que evalúa, en términos generales, algunos aspectos de la participación social.¹⁵ Este instrumento incluye el funcionamiento diario en seis áreas de actividad desde una doble perspectiva, cuantitativa y de interferencia de vida: comprensión y comunicación, capacidad para moverse en su alrededor/entorno, cuidado personal, capacidad de relación con otras personas, actividades de la vida diaria y participación en la sociedad. Proporciona un perfil objetivo de funcionamiento en las seis áreas y la percepción subjetiva del paciente sobre el impacto

que le producen las dificultades en cada una de las áreas. WHODAS 2.0 evalúa discapacidad y déficits específicos y no incorpora síntomas psiquiátricos. El CIE 10 propone la utilización de la escala en su versión abreviada (WHODAS-S).^{22,23} Está diseñado para registrar la valoración clínica de las discapacidades causadas por trastornos mentales, es una entrevista semi estructurada, donde las puntuaciones deben estar basadas en el juicio clínico, tras la información obtenida de familias, informantes o documentos clínicos y de la propia observación. La escala se acompaña de una serie de instrucciones para su correcta utilización, incluyendo una breve definición de los contenidos específicos de las áreas de funcionamiento, un listado de aspectos importantes de discapacidades específicas a tener presentes en la evaluación y puntuación y unas preguntas a modo de guía para la exploración de áreas específicas de funcionamiento. Diferentes estudios han otorgado a este instrumento la validez para relevar en los participantes el funcionamiento psicosocial en situaciones de trastornos mentales.^{24,25}

Para el análisis los de los datos tras la implementación del WHODAS 2.0, se efectuó un análisis de consistencia interna y posteriormente se evaluó cada dominio del instrumento a partir del software estadístico InfoStatR.

Resultados

Uno de los recursos más importantes para el trabajo dentro de la salud mental en pacientes con trastornos mentales severos, es la posibilidad de disponer de instrumentos, tales como WHODAS 2.0, que sean capaces de evaluar la discapacidad basada en la conceptualización y marco teórico que aporta la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), de la Discapacidad y de la Salud desarrollado por OMS.

El estudio del WHODAS 2.0, en referencia a su fiabilidad reflejó que en el Dominio 1 y 5 los valores del Alfa de Cronbach, superan el valor de 0,70, y los Dominios 2, 4, y 6, los valores obtenidos son superiores a 0,80, lo cual se considera como "muy buena". (Tabla N° 1)

Los características sociodemográficas de los participantes del estudio fue en un 56% de sexo masculino y el 44% de femenino. Con respecto a la distribución por edad el 17,2% eran jóvenes entre 18 y 21 años, el 69,9% adultos jóvenes comprendidos entre los 22 a 35 años, el y el 12,9% se correspondieron a la categoría de adulto, considerada cuando

Tabla N° 1: Análisis de la fiabilidad por dominio del instrumento de WHODAS 2.0 (36 ítems).

y comunicacion con el mundo (seis ítems)	
D2 Capacidad para manejarse en el entorno (cinco ítems)	0,83
D3 Cuidado personal (cuatro ítems)	0,70
D4 Relación con otras personas (cinco ítems)	0,80
D5 Actividades de la vida diaria (ocho ítems)	0,74
D6 Participación en la sociedad (ocho ítems)	0,85

la edad era superior a los 36 años. Con relación a sus diagnósticos el 67% fueron esquizofrénicos, el 16% depresión, el 13% otras psicosis y el 4% otros trastornos. Con relación a su inserción en el campo laboral el 41% trabaja y el 59% no trabaja.

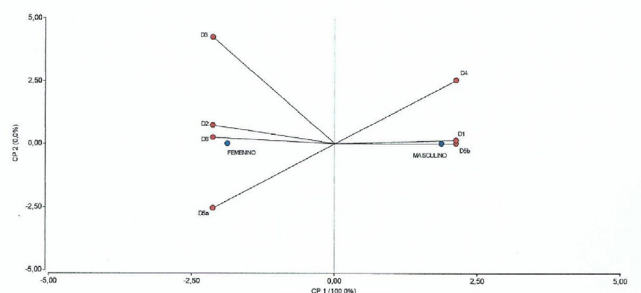
Con relación a los resultados obtenidos en relación al funcionamiento psicosocial considerándolo según los dominios, se observa que en el Dominio 1 (Comprensión y comunicación), el 57% no expresó ninguna discapacidad, el 19,4% fue leve, el 20,4% moderada, y el 3,2% severa. En el Dominio 2 (Capacidad para manejarse en el entorno), el 60,2% fue ninguna, 18,3% leve, 17,2% moderada, 3,2% severa; en el Dominio 3 (Cuidado personal) el 54,9% fue ninguna, el 23,7% leve, 19,4% moderada y 2,2% severa; en el Dominio 4 (Relación con otras personas) el 74,2% ninguna, 18,3% leve, 6,5% moderada y 1,1% severa; en el Dominio 5 (Actividades de la vida diaria) el 82,8% ninguna, 1,8% leve, 4,3% moderada y 1,1% severa; y en el Dominio 6 (Participación en la sociedad) el 81,7% ninguna, 15,1% leve y 3,2% moderada.

Respecto al total de los usuarios analizados el 45% presenta algún grado de discapacidad según los resultados del test de WHODAS 2.0. Otra consideración importante que muestran los resultados es el nivel de discapacidad con relación al grupo de sujetos que trabaja, del grupo de sujetos que no trabaja. La posibilidad de tener mayor nivel de discapacidad en el D6 (participación social), del grupo que no trabaja es superior a la del grupo que trabaja (OR: 3,33; IC: 1,56-6,97). Esta alternativa que se presenta en este tipo de dominio, implica que como

mínimo incrementará la posibilidad de mayor discapacidad en 1,56 veces y como máximo será 6,97 veces la posibilidad de discapacidad en el grupo que no trabaja ($p < 0,002$).

Al realizar un análisis de componentes principales relacionando los resultados de los dominios del test y el sexo de los sujetos estudiados, se observó diferentes agrupaciones de los dominios de discapacidad según el sexo. Tal como se observa en la figura 1, el sexo masculino se agrupan en relación a la discapacidad con los dominios D1 (Comprensión y comunicación con el mundo), D4 (Relación con otras personas) y D5b (Actividades de la vida diaria con relación al trabajo). Mientras que en el sexo femenino se agrupa con los dominios D2 (Capacidad de manejo del entorno), D3 (Cuidado personal), D5a (Actividad de la vida diaria con relación al hogar) y D6 (Participación en la sociedad).

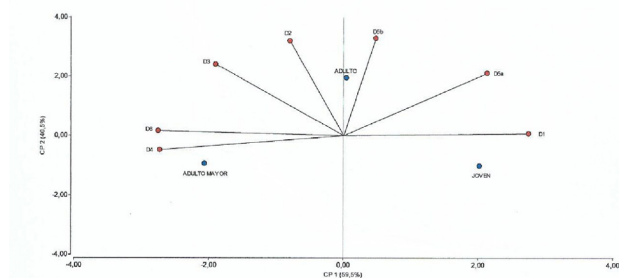
Figura N° 1: Correspondencia entre los Dominios del WHODAS 2.0 y el sexo de los sujetos estudiados.



Al relacionar también por componentes principales la edad de los sujetos y los dominios del test, se observa que el grupo etario de jóvenes se agrupo en relación a la discapacidad con D1 (Comprensión y comunicación con el mundo) y D5a (Actividad de la vida diaria con relación al hogar). Mientras que el grupo etario de adulto mayor se agrupa con D4 (Relación con otras personas) y D6 (Participación en la sociedad). Estas asociaciones podrían estar relacionadas en el grupo de los adultos mayores con un mayor aislamiento social, mientras que los jóvenes presentan una mayor dificultad en la responsabilidad de la vida cotidiana y la comunicación, estos comportamientos pueden asociarse

con los requerimientos propios de cada etapa evolutiva de la vida de los sujetos (Figura N° 2).

Figura N° 2: Correspondencia entre los Dominios del WHODAS 2.0 y la edad de los sujetos estudiados.



Discusión

El instrumento utilizado en la presente investigación cuenta con la validación realizada por la OMS para adecuar su versión al español¹⁴. Para el mismo, se enviaron los formularios a 175 expertos de todo el mundo que se desempeña en el campo de la discapacidad, quienes expresaron que la versión de 32 ítems del instrumento puede ser aplicada transculturalmente y que en su propia opinión, permite explorar las discapacidades inherentes tanto a las enfermedades físicas como psíquicas, siendo también válida para los problemas derivados del abuso de alcohol o drogas.²⁶ Si bien este instrumento es uno de los pocos disponibles que se ha utilizado en el mundo para evaluar la discapacidad, se debe tener en cuenta que ha sido descrita la posibilidad de subregistro de discapacidad en pacientes con esquizofrenia.²⁷

Con relación al análisis de fiabilidad del instrumento en este grupo de estudio, los hallazgos de la investigación son similares a los descriptos en la literatura.²⁶

En cuanto al deterioro que se evidencia en el análisis de los resultados respecto a la comunicación comprensiva y comunicación con el mundo y la participación en la sociedad, este concuerda con las diversas discapacidades descritas en pacientes con trastornos mentales severos, las cuales se refieren fundamentalmente a la pérdida de las habilidades

para el adecuado desempeño de roles sociales.²⁸ Estos hallazgos son coincidentes también con un estudio realizado en España, específicamente en Barcelona quienes expresan que los trastornos del espectro psicótico presentan un curso crónico y episódico, provocando alteraciones en todas las áreas de la vida y generando discapacidades, pérdidas de funciones psicosociales y sufrimiento en el paciente y la familia. A pesar de que los tratamientos farmacológicos y psicosociales han ayudado, no logran una recuperación satisfactoria en los niveles psicológicos y funcionales. El estudio resalta particularmente la necesidad de apoyar y desarrollar la comunicación en estos pacientes.²⁹ Por otra parte, una investigación sobre la experiencia de trabajo en redes sociales con personas con discapacidad mental, efectuada en un hospital psiquiátrico de Filadelfia, resalta entre sus resultados que, realizar visitas a domicilio con un personal que trabaje sobre comunicación asertiva en los pacientes, logra mejorar vinculación con los servicios de salud mental. Es necesario señalar como importante respecto a los aspectos comunicacionales, que en la presente investigación la mayor frecuencia se concentran en la discapacidad moderada y severa, estos valores indican una limitación en su capacidad de comunicación y comprensión del mundo, situación que se presenta con frecuencia las personas que padecen trastornos mentales severos. Varias investigaciones expresan la necesidad de considerar este aspecto para la posibilidad de una mejora en la recuperación.³⁰⁻³²

Los resultados obtenidos respecto a la capacidad de participación en la sociedad, en cuanto a las diferencias entre el grupo que trabaja y los que no trabajan, son coincidentes con un estudio realizado en doscientos sesenta pacientes, donde el objeto fue comparar los sujetos con y sin actividad laboral, en donde los no activos presentan mayor discapacidad. Esto refleja un mayor deterioro entre los grupos de pacientes sin actividad en el funcionamiento social en donde todas las puntuaciones del WHODAS 2.0, fueron significativamente más bajas.³³ Se puede concluir entonces que los resultados del nivel de discapacidad por dominio según el test aplicado a los sujetos estudiados mostraron una mayor discapacidad en los dominios D1 y D3. Finalmente se destaca que el WHODAS 2.0 presenta una buena fiabilidad al aplicarlo en el contexto de Argentina.

Referencias Bibliográficas

1. OPS. Salud Mental. 43a Reunión del Consejo Direc-

- tivo. Washington, DC: OPS, 2001.
2. Screening and treatment of adolescents with schizophrenia. The Hague (The Netherlands): Health Council of the Netherlands; 1999. Informe Núm. 1999/08E
 3. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1997;154 (4 Suppl):1-63.
 4. Organización Mundial de la Salud: Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. *Salud Mental: Nuevos conocimientos y nuevas esperanzas*. OMS. Ginebra, 2001.
 5. Vázquez-Barquero JL, Cuesta Núñez MJ, de I, V, Herrera CS, Gaité L, Arenal A. The Cantabria first episode schizophrenia study: a summary of general findings. *Acta Psychiatr Scand*. 1995;91(3):156-62.
 6. Ronald Bottlender; Anton Straub; Hans-Jürgen Möller. Discapacidad social en la esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y afectivo, 15 años después de la primera admisión. *Schizophr Res*. 2010 Ene;116(1):9-15. Disponible en [<http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosis/esquizofrenia/46151/>].
 7. Ruggeri M, Nosé M, Bonetto Ch et al. Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life. *Br J Psychiatry* 2005; 187:121-130.
 8. Gaité L, Vázquez-Barquero JL, Borra C et al. Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 105:283-292.
 9. Alvarado R, Torres F, Moreno B, Silva C. Factores asociados a mejores resultados en la calidad de vida de personas con esquizofrenia. *Rev Psiquiatría Uruguay*. 2008;72(2):130-141.
 10. Caldas de Almeida, JM y Torres González, F. (Edit): *Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos*. OPS. Washington DC, 2005.
 11. Dilks S; Tasker F; Wren B. Managing the impact of psychosis: A grounded theory exploration of recovery processes in psychosis. *Br J Clin Psychol*. 2010, 49(Pt 1): 87-107.
 12. Thompson KN; McGorry PD; Harrigan SM. Recovery-style and outcome in first-episode psychosis. *Schizophr Res*; 62(1-2): 31-6, 2003 Jul 1. [citado en noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12765740>
 13. Alvarado R. Elaboración y validación de un instrumento que permita describir y caracterizar las redes de servicios de salud mental para personas que padecen esquizofrenia. *Rev Chil Salud Pública [en línea]*. 2007 [citado en abril de 2012];11(3):117-126. Disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/2886/2779>
 14. Organización Mundial de la Salud: Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS). OMS. Ginebra, 2005
 15. Baumgartner J., Fernandes Carpinteiro da Silva T., Valencia E., Susser E. Measuring social integration in a pilot randomized controlled trial of critical time: intervention-task shifting in Latin America. *Cad. Saúde Colet.*, 2012, Rio de Janeiro, 20 (4): 436-9
 16. Jablensky A., Sartorius N., Ernberg G., Anker M., Korten A., Cooper JE. Schizophrenia: manifestations, incidencia and course in different cultures. *Psychol Med Monogr Suppl* 1992;20:1-97.
 17. Martin D.; Baxter Andreoli S.; Ferreiro Pinto R.M.; Hourneaux de Mendonça Barreira T.M.. Condições de vida de portadores de transtornos psicóticos vivendo em cortiços em Santos, SP. *Rev. Saúde Pública* vol.45 no.4 São Paulo Aug. 2011. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011000400008>
 18. Domínguez Martínez T., Vainer E., Massanet M.A., Torices I., Jané M., Barrantes-Vidal N. Theneed-adapted integrated treatment in Sant Pere Claver-Early Psychosis Program (SPC-EPP) in Barcelona, Spain. *Revista Salud Ment* vol.34 no.6 México nov./dic. 2011. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000600006
 19. Alvarado R, Muñoz K. Estudio psicométrico del Cuestionario Sevilla para valorar la Calidad de Vida en personas con Trastornos Mentales Severos, en una muestra chilena. *Rev Chil Neuro Psiquiatr*. 2006;44 (4):249-257.
 20. Casas, E.; Escandell, M. J.; Ribas, M. Y Ochoa, S. Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [online]*. 2010, vol.30, n.1, pp. 25-47. ISSN 0211-5735. Disponible en:<http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352010000100002>.
 20. Lenior M.E., Dingemans P. M. A. J., Linszen D. H., De Haan L. And Schene A. H. Social functioning and the course of early-onset schizophrenia: Five-year follow-up of a psychosocial intervention. *BJP* 2001, 179:53-58.
 21. OMS/OPS. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la salud. Edición Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios de Salud (INSERSO). Madrid España. 2001. Disponible en: [<http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/desarrollohumano/om-sclasificacion-01.pdf>]
 22. Organización Mundial de la Salud. WHODAS II (<http://www.who.int/icidh/whodas>) 20 de diciembre de 2006.
 23. Janca A, Kastrup M, Katschnig H, López-Ibor JJ Jr, Mezzich JE, Sartorius N. The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule (WHODAS-S): a tool for the assessment of difficulties in selected areas of functioning of patients with mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1996 Nov;31(6):349-54.
 24. Laia Mas-Expósito, Juan Antonio Amador-Campos, Juana Gómez-Benito, Lluís Lalucat-Jo. The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule: a validation study in patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 2012; 53(2): 208-216.
 25. T Bedirhan Üstün, Somnath Chatterji, Nenad Kostanjsek, Jürgen Rehm, Cille Kennedy, Joanne Epping-Jordan, ShekharSaxena, Michael von Korff. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bull World Health Organ* 2010;

88: 815–823.

26. Vázquez-Barquero JL1, Vázquez Bourgón E, Herrera Castanedo S, Saiz J, Uriarte M, Morales F, Gaité L, Herrán A, Ustün TB. Spanish version of the new World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS-II): initial phase of development and pilot study. Cantabria disability work group. *Actas Esp Psiquiatr*. 2000; 28(2): 77-87. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10937388>

27. Baumgartner J, Susser E. Social integration in global mental health: what is it and how can it be measured?. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2013; 22(1): 29-37.

28. Eslami A; Jahshan C; Cadenhead KS. Disorganized symptoms and executive functioning predict impaired social functioning in subjects at risk for psychosis. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2011; 23(4): 457-60.

29. Domínguez Martínez T, Vainer E, Massanet MA, Torices I, Jané M, Barrantes-Vidal N. The need-adapted integrated treatment in Sant Pere Claver-Early Psychosis Program (SPC-EPP) in Barcelona, Spain. *Salud Mental* 2011;34:517-524.

30. Rakkolainen V, Lehtinen K, Alanen YO. Need-adapted treatment of schizophrenic processes: *The essential*

role of family-centered therapy meetings. *Contemp Fam Therapy*. 1991, 13(6): 573-582.

31. Tizón JL. Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*. 2009; 29(1): 35-62.

32. Schultze-Lutter F, Addington J, Ruhrmann S, Klosterkötter J. *Schizophrenia Proneness Instrument, adult version (SPI-A)*. Roma. Giovanni Fioriti Editore. 2007.

33. Mas-Expósito L, Amador-Campos JA, Gómez-Benito J, Lalucat-Jo LI. The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule: a validation study with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 2011; 53: 208-216.