



Universitat Autònoma de Barcelona

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  [http://cat.creativecommons.org/?page\\_id=184](http://cat.creativecommons.org/?page_id=184)

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

**WARNING.** The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>

**NECESSITATS DE LA POBLACIÓ ATESA A LES  
UNITATS PSIQUIÀTRIQUES PENITENCIÀRIES DE  
CATALUNYA**

**Gemma Escuder i Romeva**

**Tesi doctoral**

**Programa de Doctorat en Psiquiatria**

**Dirigida per:**

**Dra. Susana Ochoa Güerre**

**Dr. Josep Antoni Ramos-Quiroga**

**Departament de Psiquiatria i Medicina Legal**

**Facultat de Medicina**

**Universitat Autònoma de Barcelona**

**Bellaterra, 2018**



Departament de Psiquiatria i Medicina Legal  
Facultat de Medicina  
Universitat Autònoma de Barcelona

**Necessitats de la població atesa a les unitats psiquiàtriques  
penitenciàries de Catalunya**

Memòria presentada per Gemma Escuder i Romeva per l'obtenció del títol de  
doctora, sota la direcció de la Dra. Susana Ochoa Güerre i  
el Dr. Josep Antoni Ramos-Quiroga

Dra. Susana Ochoa Güerre

Dr. Josep Antoni Ramos-Quiroga

Doctoranda Gemma Escuder i Romeva



*Als meus pares*



## Agraïments

Als meus directors Susana Ochoa i Toni Ramos. A la Susana, pel seu entusiasme, per acompanyar-me dia a dia en aquest projecte i estar sempre disponible per tot el que necessités. També per tots els anys que portem compartits a la Unitat de Recerca i Desenvolupament del PSSJD, compartint projectes, idees i bons moments.

Al Toni, pel seu suport i la seva confiança en el meu treball, per estructurar-me les idees i el temps.

Al Dr. Alvaro Muro, per donar-me totes les facilitats per dedicar-me a la recerca i a la docència, per tenir sempre “la porta oberta” per escoltar les meves idees i propostes, i per confiar en mi.

Als meus companys de la UHPP-C, per la seva alegria contagiosa i per tots els anys que he gaudit de la feina i d'ells. Especialment a la Pepa, sense tú res d'això hauria estat possible. Gràcies per estar sempre disposada a col·laborar i fer-ho tant fàcil. A l'Àlex, per il·lusionar-se amb la recerca i trobar sempre moments per col·laborar amb mi. A la Mònica, per treure temps d'on no el té i contribuir en aquests estudis i en tantes coses. Al Luís Gomollón, que vam iniciar junts aquest camí, compartint tantes bones estones.

Als companys de la UPQC i UHRPP, per col·laborar en les entrevistes i tenir sempre una estona per mi quan vaig a les seves unitats.

A l'Ellen, per tot el que hem viscut voltant per Europa. Dankjewel Ellen, dat je er altijd voor me bent.

A tots els pacients que han participat en aquests estudis.

Al Servei de Prevenció de Riscos Laborals de la UPC, per la seva contribució logística i per la seva generositat.

Als meus germans, Ariadna i Albert, per escoltar-me com si el que els explico fós el més interessant que han escoltat, i per tota una vida.

Al Josep, per ser qui ets, per tot el que he après de tú i tot el que hem compartit, per tots els dies i totes les hores, per fer-me riure i per tot.





## Resum

Aquesta tesi té com a objectiu augmentar el coneixement sobre les necessitats dels pacients atesos a les unitats psiquiàtriques penitenciàries (UPP). Per assolir aquest objectiu s'han dissenyat tres estudis. Una revisió sistemàtica dels estudis que avaluen les necessitats en aquesta població; un estudi descriptiu de les necessitats de les persones ateses en UPP i de les variables que s'associen a les necessitats i, finalment, un estudi que avalua el canvi d'aquestes necessitats al llarg de 12 mesos d'estada en les unitats de rehabilitació de les UPP. L'escala Camberwell Assessment of Needs-Forensic Version és l'eina que permet avaluar les necessitats d'aquesta població i que s'ha utilitzat en els tres estudis d'aquesta tesi. Els resultats d'aquesta tesi ens mostren que els pacients i els professionals identifiquen, generalment, les mateixes necessitats, tant totals com no cobertes. Les necessitats més prevalents dels pacients atesos en les UPP són les relacionades amb la simptomatologia psicòtica i les activitats diàries. S'ha constatat la relació existent entre el nombre de necessitats i el funcionament general i social dels pacients. Tanmateix, altres dominis, com la qualitat de vida i la consciència de malaltia tenen un paper important en les necessitats totals i no cobertes dels pacients. L'estada en unitats de rehabilitació, així com, les intervencions i l'aplicació de programes psicològics, educatius i d'infermeria, contribueixen a la millora de l'estat psicopatològic dels pacients, al seu funcionament social i general, així com a la disminució dels factors i el nivell de risc. Les limitacions d'aquesta tesi parteixen de la manca d'instruments específics per a la població psiquiàtrica penitenciària, així com per la dificultat de dur a terme estudis controlats degut a les característiques d'aquestes institucions i el nombre reduït de població. Aquesta tesi presenta per primera vegada, resultats sobre les necessitats i l'evolució de la població ingressada a les UPP catalanes i es pot considerar un punt de partida per a futures investigacions.



## **Abstract**

The aim of this thesis is to increase the knowledge about the needs of patients admitted in the psychiatric penitentiary units (UPP). To achieve this goal three studies have been designed. A systematic review of the studies that assess the needs in this population; a descriptive study of the needs of the people attended in the UPP and the variables that are associated to the needs and, finally, a study that assess the change of these needs during 12 months of stay in the rehabilitation units of the UPP. The Camberwell Assessment of Needs-Forensic Version scale is the instrument that permits the needs assessment of this population and it has been used in all three studies of this thesis. The results of this thesis show that patients and staff, generally, identify the same needs, both total and unmet. The most common needs of patients treated at UPP are those related to psychotic symptoms and daily activities. The relationship between the number of needs and the general and social functioning of the patients has been established. However, other domains, such as quality of life and disease awareness, play an important role in the total and unmet needs of patients. The stay in rehabilitation units, as well as the interventions and the application of psychological, educational and nursing programs, contribute to the improvement of the psychopathological state of the patients, their social and general functioning, as well as the decrease in factors and the level of risk. The limitations of this thesis are based on the lack of specific instruments for the penitentiary psychiatric population, as well as the difficulty of carrying out controlled studies due to the characteristics of these institutions and the small number of people. This thesis presents for the first time results on the needs and evolution of the population admitted to the Catalan UPP and can be considered a starting point for future research.



## Lista d'abreviatures

CAN	Camberwell Assessment of Needs
CANFOR	Camberwell Assessment of Needs Forensic version
CPQC	Centre Penitenciaris Quatre Camins
DSM-IV-TR	Diagnostic Statistic Manual – 4th Edition – Text Revision
DSM-V	Diagnostic Statistic Manual – 5th Edition
EEAG	Escala de Evaluación de la Actividad Global
EP	Experiències Psicològiques
FQL	Forensic Quality of Life
GAF	Global Assessment Functioning
HCR-20	Historical, Clinical, Risk – 20
HoNOS	Health of the Nation Outcome Scales
HPP	Hospitals Psiquiàtrics Penitenciaris
IPCPB1	Infermeria Psiquiàtrica del Centre Penitenciaris de Brians 1
IPCPHB	Infermeria Psiquiàtrica del Centre Penitenciaris Homes Barcelona
LQoLP	Lancashire Quality of Life Profile
LSP	Life Skills Profile
MDO	Mental Disordered Offenders
MS	Mesures de Seguretat
PAI	Personality Assessment Inventory
PAIEM	Programa Asistencial Integral para Enfermos Mentales
PANSS	Positive and Negative Psychotic Symptoms
PSSJD	Parc Sanitari Sant Joan de Déu
QV	Qualitat de Vida
SCID-I	Structured for Clinical Assessment for DSM – Axis I
SCID-II	Structured for Clinical Assessment for DSM – Axis II
SF-36	Short Form Health Survey-36
SUMD	Scale of Unawareness of Mental Disorder
UPP	Unitats Psiquiàtriques Penitenciàries
UPQC	Unitat Polivalent Quatre Camins
UHRPP	Unitat d'Hospitalització i Rehabilitació Psiquiàtrica Penitenciària
UHPP-C	Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica Penitenciària de Catalunya
WHOQoL	World Human Organization – Quality of Life



## Índex de continguts

<b>INTRODUCCIÓ</b> .....	<b>1</b>
<b>1. L'atenció a la salut mental en l'àmbit penitenciari de Catalunya</b> .....	<b>3</b>
1.1. Antecedents .....	3
1.2. Les unitats psiquiàtriques penitenciàries .....	4
1.3. La població atesa a les unitats psiquiàtriques penitenciàries.....	8
<b>2. Prevalença de malaltia mental a les presons</b> .....	<b>11</b>
<b>3. L'atenció a la salut mental en l'àmbit penitenciari espanyol</b> .....	<b>14</b>
<b>4. L'atenció a la salut mental en l'àmbit forense europeu</b> .....	<b>16</b>
<b>5. Les necessitats</b> .....	<b>20</b>
5.1. Les necessitats en salut mental .....	21
5.2. Les necessitats en el medi psiquiàtric penitenciari.....	25
5.2.1. Necessitats generals .....	25
5.2.2. Necessitats relacionades amb el risc.....	33
<b>6. Altres variables en les unitats psiquiàtriques penitenciàries</b> .....	<b>41</b>
6.1. Funcionament general i social .....	41
6.2. Qualitat de vida.....	49
6.3. Psicopatologia i personalitat.....	52
<b>7. La rehabilitació en les unitats psiquiàtriques penitenciàries</b> .....	<b>56</b>
<b>JUSTIFICACIÓ</b> .....	<b>61</b>
<b>OBJECTIUS I HIPÒTESIS</b> .....	<b>65</b>
<b>MATERIAL I MÈTODE</b> .....	<b>69</b>
<b>RESULTATS</b> .....	<b>81</b>
<b>Estudi 1: Revisió sistemàtica de les necessitats dels pacients ingressats en unitats psiquiàtriques forenses</b> .....	<b>83</b>
<b>Estudi 2: Necessitats i funcionament social en una mostra de pacients ingressats en les UPP</b> .....	<b>95</b>
<b>Estudi 3: Estudi longitudinal de les necessitats dels pacients amb trastorn psicòtic ingressats en les unitats de rehabilitació de les UPP</b> .....	<b>104</b>
<b>DISCUSSIÓ</b> .....	<b>137</b>
<b>Estudi 1: Revisió sistemàtica de les necessitats dels pacients ingressats en unitats psiquiàtriques forenses</b> .....	<b>139</b>



<b>Estudi 2: Necessitats i funcionament social en una mostra de pacients ingressats en les UPP .....</b>	<b>145</b>
<b>Estudi 3: Estudi longitudinal de les necessitats dels pacients amb trastorn psicòtic ingressats en les unitats de rehabilitació de les UPP .....</b>	<b>154</b>
<b>Implicacions en la pràctica clínica i en futures investigacions .....</b>	<b>166</b>
<b>CONCLUSIONS .....</b>	<b>169</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>173</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>207</b>
<b>Annex 1. Validacion clínica de la Escala Camberwell Assessment of Needs-Forensic Version, CANFOR para la evaluación de necesidades de personas con trastorno mental en el ámbito penitenciario .....</b>	<b>209</b>
<b>Annex 2. Escala Camberwell Assessment of Needs Forensic Version CANFOR223</b>	
<b>Annex 3. Escala HCR-20 .....</b>	<b>227</b>
<b>Annex 4. Escala de Evaluación de Actividad Global EEAG .....</b>	<b>231</b>
<b>Annex 5. Perfil de habilidades de la vida cotidiana LSP .....</b>	<b>235</b>
<b>Annex 6. Escala SF-36 sobre el Estado de Salud.....</b>	<b>241</b>
<b>Annex 7. Escala PANSS.....</b>	<b>245</b>
<b>Annex 8. Escala de Evaluación del Insight SUMD .....</b>	<b>249</b>

## Índex de taules

Taula 1. Programes de Rehabilitació a les UPP.....	79
Taula 2. Característiques dels estudis inclosos a la revisió .....	89
Taula 3. Tipus de necessitats totals i no cobertes més prevalents .....	89
Taula 4. Nombre de necessitats totals, cobertes i no cobertes.....	93
Taula 5. Dades sociodemogràfiques, clíniques i judicials .....	96
Taula 6. Puntuacions mitjanes dels instruments administrats.....	97
Taula 7. Nombre de necessitats en funció de les unitats .....	97
Taula 8. Necessitats totals i no cobertes pel personal i els usuaris .....	98
Taula 9. Necessitats totals i no cobertes pel personal i els usuaris en funció del nivell d'atenció 2n i 3r de les UPP .....	99
Taula 10. Correlació entre les necessitats totals i no cobertes amb LSP, EEAG, SUMD, SF-36 .....	101
Taula 11. Influència de les variables, funcionament general, social i consciència de malaltia en les necessitats totals i no cobertes.....	103
Taula 12. Dades sociodemogràfiques, clíniques i judicials .....	105
Taula 13. Evolució dels resultats dels instruments administrats .....	107
Taula 14. Valoració clínica de l'HCR-20 .....	111
Taula 15. Evolució de les necessitats totals de l'Escala CANFOR .....	114
Taula 16. Evolució de les necessitats no cobertes de l'Escala CANFOR .....	117
Taula 17. Evolució del nombre de visites i programes de rehabilitació .....	135
Taula 18. Nombre de necessitats en estudis similars. ....	145
Taula 19. Tipus de necessitats en estudis similars .....	146



## Index de Figures

Figura 1. Diagrama de flux de la cerca bibliogràfica .....	72
Figura 2. Evolució de les puntuacions de l'escala PANSS.....	108
Figura 3. Evolució de les puntuacions de l'escala LSP .....	110
Figura 4. Evolució de les puntuacions de l'escala HCR-20.....	111
Figura 5. Evolució de les puntuacions de l'escala CANFOR .....	112
Figura 6. Evolució de les necessitats totals dels usuaris .....	115
Figura 7. Evolució de les necessitats totals del personal .....	115
Figura 8. Evolució de les necessitats no cobertes dels usuaris .....	118
Figura 9. Evolució de les necessitats no cobertes del personal.....	118
Figura 10. Evolució dels resultats de les escales de validesa de l'inventari PAI: IMN i IMP .....	120
Figura 11. Evolució dels resultats de l'escala clínica de l'inventari PAI: Queixes somàtiques .....	121
Figura 12. Evolució dels resultats de les escales clíniques de l'inventari PAI: Ansietat i Trastorns de l'Ansietat.....	122
Figura 13. Evolució dels resultats de l'escala clínica de l'inventari PAI: Depressió .....	123
Figura 14. Evolució dels resultats de l'escala clínica de l'inventari PAI: Mania .....	123
Figura 15. Evolució dels resultats de l'escala clínica de l'inventari PAI: Paranoia .....	124
Figura 16. Evolució dels resultats de l'escala clínica de l'inventari PAI: Esquizofrènia ...	125
Figura 17. Evolució dels resultats de les escales clíniques de l'inventari PAI: Trets Límits i Trets Antisocials .....	126
Figura 18. Evolució dels resultats de les escales clíniques de l'inventari PAI: Problemes amb l'Alcohol i Problemes amb les Drogues .....	127
Figura 19. Evolució de l'escala relacionada amb el tractament de l'inventari PAI: Agressió .....	128
Figura 20. Evolució dels resultats de l'escala relacionada amb el tractament de l'inventari PAI: Ideacions Suïcides .....	128

Figura 21. Evolució de l'escala relacionada amb el tractament de l'inventari PAI: Estrès .....	129
Figura 22. Evolució dels resultats de l'escala relacionada amb el tractament de l'inventari PAI: Falta de Suport Social .....	130
Figura 23. Evolució dels resultats de l'escala relacionada amb el tractament de l'inventari PAI: Rebuig al Tractament .....	131
Figura 24. Evolució dels resultats de les escales de relació interpersonal de l'inventari PAI: Dominància i Afabilitat .....	132

# **INTRODUCCIÓ**

*Nota: Per facilitar la lectura d'aquesta tesi, s'ha optat per la convenció que atorga als substantius masculins la representació d'ambdós gèneres.*

## 1. L'atenció a la salut mental en l'àmbit penitenciari de Catalunya

L'atenció a la salut mental en l'àmbit penitenciari de Catalunya està conformada per un conjunt d'unitats i de professionals de diferents àmbits que atén les persones que es troben privades de llibertat. Aquesta atenció, a dia d'avui, és una de les més integrals que es poden trobar en el territori espanyol i també en la resta de països europeus, i ha estat fruit de l'esforç de professionals de l'àmbit de la justícia i de la sanitat que van apostar per garantir que les persones que es troben en privació de llibertat tinguin l'atenció necessària i requerida malgrat la seva condició. Aquesta reflexió, que podria semblar innecessària i que de fet hauria de ser-ho, és d'obligada menció, atès que tot i les recomanacions de diferents organismes que vetllen pels drets de les persones empresonades, no tots els territoris compten amb la integració de l'atenció a la salut mental a les presons.

### 1.1. Antecedents

El recorregut fins a la situació actual té dos moments clau: en el primer, l'any 1981, es van transferir les competències de sanitat (centres i serveis sanitaris i socials) a Catalunya, i en el segon, l'any 1984, es va fer el mateix amb les competències en matèria penitenciària.

Catalunya, d'acord amb l'Estatut d'autonomia, té la competència de l'execució de la legislació de l'Estat en matèria penitenciària. Aquesta competència comporta, gestionar i organitzar íntegrament la política, el personal i els establiments dels centres penitenciaris d'acord amb la legislació espanyola. El traspàs d'aquesta competència es va fer efectiva l'1 de gener de 1984, en virtut del Real Decret 3482/1983, del 28 de desembre.

La legislació aplicable al sistema penitenciari és la mateixa per tot l'Estat espanyol i està integrada per la Constitució Espanyola del 1978, la Llei orgànica general penitenciària de 1979, el Codi Penal de 1995 i el Reglament Penitenciari de 1996. Tot i que la base legal és la mateixa per a tot l'Estat espanyol, a la pràctica, existeixen dos sistemes polítics administratius amb competències en l'organització i gestió del sistema penitenciari: l'Administració Penitenciària de l'Estat espanyol i l'Administració Penitenciària de



Catalunya. El Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya exerceix en exclusiva sobre la política penitenciària a Catalunya a través de la Secretaria de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil.

L'any 1991 se signa un conveni entre el Departament de Salut i el Departament de Justícia per garantir una adequada assistència sanitària a les persones internades als centres penitenciaris.

L'any 2001, un conveni entre el Departament de Salut, el Departament de Justícia i l'Orde Hospitalari de Sant Joan de Déu, dona forma al pla de necessitats en l'àmbit de la salut mental penitenciària. Aquest conveni va ser redactat per una comissió d'experts de salut mental a proposta del Departament de Salut i el Departament de Justícia. Aquest mateix any es posa en marxa la Unitat Polivalent del Centre Penitenciari Quatre Camins.

Dos anys més tard, al 2003, s'inaugura la Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica Penitenciària de Catalunya.

El 2006 es publica el Decret 399/2006, de 24 d'octubre, pel qual s'assigna al Departament de Salut les funcions en matèria de salut i sanitàries de les persones privades de llibertat. El sistema d'atenció sanitària dintre de les presons actual forma part de la xarxa sanitària d'utilització pública del Servei Català de Salut. El proveïdor d'atenció primària penitenciària és l'Institut Català de la Salut, i el proveïdor d'assistència psiquiàtrica especialitzada a la província de Barcelona és el Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD).

L'any 2009 es produeix l'obertura parcial de la Unitat d'Hospitalització i Rehabilitació Psiquiàtrica Penitenciària del Centre Penitenciari Brians 2, que actualment i al llarg del 2018, completarà el seu desplegament.

## **1.2. Les unitats psiquiàtriques penitenciaris**

La missió de les unitats psiquiàtriques penitenciaris (UPP) és la d'oferir una atenció global i integral a les persones amb malaltia mental a les presons catalanes. El seu objectiu és detectar, valorar, tractar i rehabilitar la població reclusa que ho necessiti, i el pacient és l'eix vertebral de l'assistència. Els serveis s'ofereixen en funció d'una adequada valoració de

les seves necessitats. Aquesta finalitat s'inscriu en un model d'accessibilitat, en què els elements clínics, jurídics, ètics i de competència tècnica tenen un paper primordial. La coordinació i la relació entre els diferents serveis sanitaris penitenciaris, jurídics i de la xarxa psiquiàtrica civil són elements bàsics.

En el sistema penitenciar hi ha tres nivells d'atenció especialitzada en salut mental:

#### *Primer nivell d'atenció*

---

Es concreta en l'atenció primària de l'equip sanitari del centre penitenciar i l'atenció psiquiàtrica ambulatoria de suport. Aquesta atenció comprèn l'exploració, el diagnòstic i el tractament, a través de la interconsulta, així com el seguiment ambulatori dels tractaments farmacològics i psicoterapèutics dels casos greus no hospitalitzats.

Tots els centres penitenciaris disposen d'aquest nivell d'atenció amb la presència de psiquiatres que depenen de l'entitat prestadora del servei en salut mental del territori.

#### *Segon nivell d'atenció*

---

El segon nivell és el que es coneix com a atenció especialitzada de l'equip de salut mental i addiccions, que comprèn l'estada en unitats de residència.

En aquest nivell trobem les d'unitats d'infermeria psiquiàtrica dels centres penitenciaris. En aquestes unitats es desenvolupa un tractament terapèutic de caràcter multidimensional, que combina el tractament psicofarmacològic i psicoterapèutic de manera intensiva, i també es presta un servei de rehabilitació psicosocial i de residència per als interns amb malaltia mental.

A continuació es descriuen les dues unitats d'aquest nivell, que compten amb personal del PSSJD.

- *Infermeria Psiquiàtrica del Centre Penitenciar d'Homes de Barcelona (IPCPHB)*. Tancada des del mes de juny de 2017. En el moment en què es van dur a terme els estudis d'aquesta tesi, IPCPHB disposava de 40 llits per a pacients homes, incloent una unitat específica per als pacients d'edat avançada. La presència de personal sanitari en aquesta infermeria era de dos psiquiatres del PSSJD, que

atenien els pacients ingressats i també realitzaven interconsultes als interns de la presó. La major part dels pacients ingressats en aquesta unitat es trobaven en situació legal de preventius, ja que el CPHB era, en el moment de realització dels estudis, la presó de preventius de Barcelona. L'atenció multidisciplinària dels pacients ingressats en aquesta unitat depenia dels equips de tractament del CPHB.

- *Infermeria Psiquiàtrica del Centre Penitenciari Brians 1 (IPCPB1)*. Disposa d'un total de 26 llits per a pacients homes, en situació de compliment de penes i també de compliment de mesures de seguretat d'internament psiquiàtric. El seguiment psiquiàtric dels pacients ingressats en aquesta infermeria està a càrrec de psiquiatres del PSSJD, que realitzen seguiment a tots els pacients ingressats, així com interconsultes dels interns de mòduls ordinaris que requereixen tractament psiquiàtric. La resta de membres de l'equip assistencial està format per un metge i un infermer, un psicòleg, un educador social, un treballador social i un jurista, de l'equip de tractament del CPB1.

### *Tercer nivell d'atenció*

---

El tercer nivell és el que dona atenció als malalts amb major complexitat. En aquest nivell trobem diferents tipus d'unitats d'hospitalització, que cobreixen una varietat de serveis en l'atenció dels pacients. Entre aquestes unitats es cobreix el contínuum d'atenció a la salut mental, com les urgències psiquiàtriques, l'hospitalització aguda, l'hospitalització subaguda, la rehabilitació psicosocial, l'hospitalització de dia, la unitat residencial i la unitat de transició a la vida ordinària.

Aquestes unitats són: la Unitat Polivalent de Quatre Camins, la Unitat d'Hospitalització i Rehabilitació Psiquiàtrica Penitenciària de Brians 2 i la Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica Penitenciària de Catalunya. Aquesta última està ubicada al Centre Penitenciari Brians 1, però dona servei a tots els centres penitenciaris de Catalunya. És l'única que disposa de servei d'urgències de 24 hores, tots els dies de l'any i amb servei d'hospitalització aguda. A continuació es descriuen les unitats de tercer nivell que compten amb personal del PSSJD.

- *Unitat Polivalent de Quatre Camins (UPQC)*. Disposa de 40 places per a interns homes, amb la finalitat de tractar, en estat d'estabilització o semi-estabilització, els pacients que pateixen un trastorn psiquiàtric que requereix el seu ingrés. L'equip

sanitari està conformat per tres psiquiatres, equip d'infermeria i auxiliars de clínica, un psicòleg clínic, un educador social i un treballador social, tots ells personal del PSSJD. Disposa de la figura del jurista, que és personal del centre penitenciari. L'equip sanitari de la UPQC realitza també seguiment a interns dels mòduls de residència ordinaris del CPQC en format d'interconsulta tant psiquiàtrica com psicològica, i amb un programa de tractament ambulatori intensiu, conegut com a hospital de dia, que realitza intervencions de caràcter individual i grupal.

- *Unitat d'Hospitalització i Rehabilitació Psiquiàtrica Penitenciària del C. P. Brians 2 (UHRPP)*. És la més recent de les unitats d'hospitalització, i té un caràcter específicament rehabilitador per a 19 pacients; també disposa de tres places d'observació per a casos en estat de desestabilització. La UHRPP compta amb personal sanitari del PSSJD en la seva totalitat. L'equip el conformen dos psiquiatres, equip d'infermeria i auxiliars de clínica, un psicòleg clínic, un educador social, un treballador social i l'equip de monitors. L'equip sanitari realitza també interconsultes a interns dels mòduls residencials ordinaris. La figura del jurista és aportada pel centre penitenciari.
- *Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica Penitenciària de Catalunya (UHPP-C)*. Dona servei a tota la població psiquiàtrica penitenciària catalana i és la de major grau d'especificitat. La UHPP-C està dividida en tres unitats, en funció de l'estat del quadre psiquiàtric del pacient i de la necessitat que requereix: la unitat d'aguts, que té 10 places, la unitat de subaguts, que en té 23, i la unitat de rehabilitació, que té un total de 24 places. Tanmateix, disposa de servei d'atenció d'urgències de 24 hores tots els dies de l'any, per a atendre totes les derivacions que es facin des de qualsevol centre penitenciari de Catalunya. La derivació a urgències es fa a través de la demanda del personal mèdic de les presons. És l'única unitat psiquiàtrica mixta, que atén homes i dones. L'equip sanitari de la UHPP-C, és el més ampli, ja que compta amb més de 100 professionals: un total de set psiquiatres, més un de guàrdia 24 hores; presència continuada de l'equip d'infermeria i d'auxiliars; un metge de família; dos psicòlegs clínics; tres educadors socials; dos treballadors socials, i l'equip de monitors. La figura del jurista és aportada pel centre penitenciari.

### **1.3. La població atesa a les unitats psiquiàtriques penitenciàries**

L'ingrés en unitats psiquiàtriques penitenciàries està regulat en el Decret 329/2006, de 5 de setembre, pel qual s'aprova el Reglament d'organització i funcionament dels serveis d'execució penal a Catalunya. Aquest Reglament s'estructura en un títol preliminar i sis títols. En el títol preliminar s'estableix l'objecte i l'àmbit d'aplicació de la norma, i en el títol primer es regulen els tipus d'establiments penitenciaris i les diverses unitats on es poden gestionar les formes especials d'execució; també es dona una pluralitat de possibilitats a l'execució de la pena en el medi obert i un tractament especialitzat a les persones amb problemàtiques constitutives d'exempció penal.

En el títol primer, dins l'article 5, es defineixen els establiments especials, en ells preval el caràcter assistencial i poden ser de diferent naturalesa. La naturalesa d'aquests centres determina que s'hi destinin aquells subjectes que requereixin un tractament assistencial tendent a la curació de les malalties o deficiències en la salut o a la millora dels condicionaments psicosocials que hagin incidit en l'activitat delictiva, i en els quals, consegüentment, cal harmonitzar les exigències del tractament amb la finalitat específica de cadascun d'ells.

Els establiments especials poden ser:

- a) Centres, unitats o dependències hospitalàries.
- b) Centres, unitats o dependències psiquiàtriques.
- c) Centres, unitats o dependències d'atenció sociosanitària.

Els centres, unitats o dependències psiquiàtriques estan destinats al compliment de les mesures de seguretat privatives de llibertat imposades pels jutges i tribunals als subjectes que, tot i haver comès un fet constitutiu de delicte o falta, s'hagi declarat l'exempció completa o incompleta de responsabilitat penal; o que, havent estat condemnats penalment, l'òrgan jurisdiccional penal acordi la imposició d'una mesura de seguretat per raó d'una malaltia mental sobrevinguda. De la mateixa manera, també estan destinades al diagnòstic i tractament de possibles anomalies o alteracions psiquiàtriques que els serveis mèdics dels centres ordinaris hagin pogut detectar en els interns.

Els detinguts o presos amb patologia psiquiàtrica, ingressen també en aquestes unitats, per ser posats sota observació i/o tractament, quan així ho acordi l'autoritat judicial competent pel temps que aquesta determini. En aquestes unitats regirà la forma especial d'execució establerta a la legislació penitenciària.

La població atesa a les unitats psiquiàtriques de les presons catalanes està conformada per tres grups de subjectes que es poden classificar en funció de la seva situació judicial. Aquesta situació està regulada per l'article 184, Capítol VII del Real Decret 190/1996, de 9 de febrer, pel qual s'aprova el Reglamento Penitenciario. L'ingrés es du a terme en els següents casos:

- a) Detinguts o presos amb patologia psiquiàtrica quan l'autoritat judicial decideixi l'ingrés per a observació.

Subjectes que són derivats a aquestes unitats com a detinguts o presos, quan l'autoritat judicial decideixi l'ingrés per a observació amb l'objecte d'avaluar la presència de patologia psiquiàtrica, per tal de col·laborar en la delimitació de la imputabilitat del subjecte respecte al delicte comès o per ser atesos d'un quadre psicopatològic que requereix el seu ingrés en una unitat psiquiàtrica.

- b) Mesures de seguretat d'internament en centre psiquiàtric penitenciari.

Subjectes que han comès un delicte i se'ls imposa una mesura de seguretat de compliment de tractament dins les unitats psiquiàtriques penitenciàries com a subjectes amb eximents completes o incompletes. Aquest segon grup té la particularitat de que se'ls considera inimputables o semiimputables i, per tant, se'ls absol del delicte, però se'ls imposa un tractament psiquiàtric privatiu de llibertat amb diferents opcions de centre de compliment. En el cas que ens ocupa, estariem en front de mesures de seguretat privatives de llibertat per tractament psiquiàtric en centre psiquiàtric penitenciari. En ocasions, la sentència no defineix el centre en concret sinó que manifesta que el compliment sigui en un centre psiquiàtric adequat. La població que es troba sota compliment de mesures de seguretat en els dispositius de salut mental no poden residir en els mòduls ordinaris dels centres penitenciaris. L'internament psiquiàtric es preveu als articles 101 al 104 del Codi Penal, pels supòsits de declaració d'exempció de responsabilitat criminal conforme a l'article 20, i d'atenuant de l'article 21 del Codi Penal, en un establiment adequat

al tipus d'anomalia o alteració psíquica que s'aprecii en l'apartat 3 de l'article 96. L'internament no podrà excedir del temps que hagués durat la pena privativa de llibertat, si hagués estat declarat responsable. Els sotmesos a aquesta mesura no podran abandonar l'establiment sense autorització del Jutge o Tribunal sentenciador, de conformitat amb el previst a l'article 97 del Codi Penal. L'equip de la UPP on es trobi ingressat el subjecte haurà d'emetre informes anuals al Jutjat de Vigilància Penitenciària amb proposta de, manteniment de la mesura; cessament per desaparició de la perillositat del subjecte; substitució de la mesura per una altra que estimi més adequada, com la derivació a un centre civil per al compliment d'internament o a un centre ambulatori per al seguiment; o bé, sol·licitud de la suspensió. Aquesta proposta ha de ser acordada amb el delegat d'execució de mesures, que pertany a l'Àrea de Mesures Penals Alternatives de la Subdirecció General de Reparació i Execució Penal a la Comunitat del Departament de Justícia. El Jutjat de Vigilància Penitenciària elevarà al Jutjat Sentenciador la proposta.

c) Penat amb malaltia sobrevinguda.

Subjectes penats que presenten trastorns mentals esdevinguts al llarg de la seva estada a presó. Es tracta de subjectes en compliment d'una pena, per tant, que han estat considerats responsables i culpables d'un delictes, que comporta l'ingrés en un centre penitenciari i que pateixen en algun moment de l'internament un trastorn que requereix el tractament en algun dels dispositius de salut mental. El temps d'estada d'aquests interns en les unitats psiquiàtriques penitenciàries depèn de les necessitats de tractament.

## 2. Prevalença de malaltia mental a les presons

La prevalença de malaltia mental en la població penitenciària ha estat focus d'estudi en les darreres dècades.

En la revisió sistemàtica duta a terme per Fazel (Fazel i Danesh, 2002), en que es revisaven un total de 62 estudis que incloïen a 23.000 presos, es conclou que un 3,8% patien un trastorn psicòtic i un 11% complia els criteris per ser diagnosticat d'un trastorn depressiu major. Altres estudis també descriuen altes taxes de trastorn mental dins les presons, com l'estudi de Brugha (Brugha et al., 2005), que compara la població penitenciària respecte a la població general, a la Gran Bretanya. Les dades conclouen que la presència de psicosis en la població penitenciària és deu vegades major que en la població general.

Aquestes dades es mantenen estables 10 anys després, quan Fazel, (Fazel i Seewald, 2012) va publicar una revisió actualitzada que incloïa un total de 33.588 presos de 109 estudis. En aquesta revisió es conclouia que el 3,7% dels presos presentava un trastorn psicòtic i un 11,4% un trastorn de depressió major. L'estabilitat de les dades, possiblement es deu a la millora de l'atenció psiquiàtrica a les presons, així com a la qualitat de vida dins les mateixes i a la possibilitat de derivar pacients als hospitals psiquiàtrics (Skeem, Manchak i Peterson, 2011).

En termes generals, es pot concloure que una de cada set persones dins l'àmbit penitenciari pateix algun tipus de trastorn mental (Blaauw, Roesch i Kerkhof, 2000; Brugha et al., 2005; Fazel i Danesh, 2002; Fazel i Seewald, 2012).

A l'Estat espanyol, l'any 2006 es va crear el grup PRECA (Prevalencia Cárceles). Aquest grup està format per professionals de diferents àmbits de la salut mental que pertanyen al Grup de Treball de Salut Mental a les Presons de la Societat Espanyola Penitenciària, així com de la Associació Espanyola de Neuropsiquiatria.

Aquest grup elabora un estudi epidemiològic, en els centres penitenciaris espanyols, que conclou que la prevalença de vida de presentar un trastorn mental dins la població reclusa és del 84,4% (Vicens et al., 2011). En concret, la prevalença de patir un trastorn per ús de substàncies al llarg de la vida és del 76,2%, seguit per un 45,3% en el cas dels trastorns d'ansietat, un 41% per als trastorns d'ànim i un 10,7% en el cas dels trastorns psicòtics.



En el mateix estudi es determina que la prevalença de patir un trastorn mental al llarg del darrer mes és del 41,2%. El trastorn més prevalent era el d'ansietat, amb 23,3%, seguit del trastorn per ús de substàncies, amb un 17,5%, el trastorn afectiu, amb un 14,9%, i la prevalença del trastorn psicòtic, era d'un 4,2%.

Aquestes dades són més altes que les que s'han descrit en la població general. L'estudi "European Study of Epidemiology of Mental Disorders" (ESEMeD), (The ESEMeD, 2004) va descriure la prevalença al llarg del darrer any i al llarg de la vida de patir trastorns de l'ànim, trastorns d'angoixa o trastorns per ús de substàncies, en cinc països europeus. El 14% van reportar haver patit, al llarg de la vida, algun tipus de trastorn de l'estat d'ànim; un 13,6% referia haver patit algun tipus de trastorn d'ansietat, i un 5,2%, deia que havia tingut algun tipus de trastorn d'abús o dependència d'alcohol. En concret, el grup ESEMeD-Espanya (Haro et al., 2006), donava a conèixer que la prevalença de patir un trastorn mental al llarg de la vida entre la població general espanyola era del 19,5% i del 8,4% quan es delimitava al darrer any. El trastorn mental més freqüent era l'episodi depressiu major, amb una prevalença en els darrers 12 mesos del 3,9% i del 10,5% al llarg de la vida.

Les conclusions sobre la prevalença dels trastorns psicòtics a la població general estan notablement influenciades pel mètode i el tipus d'avaluació duta a terme en cada estudi, i també pels professionals que realitzen les valoracions. De la mateixa manera, cal considerar que les persones amb diagnòstics de trastorn psicòtic no solen participar en les enquestes. Així doncs, resulta una tasca complexa establir la prevalença d'aquests tipus de trastorns (Kendler et al., 1996).

En un estudi dut a terme a Finlàndia sobre una mostra de la població general de més de 80.000 persones (Perälä et al., 2007) s'estableix que la prevalença de vida de patir qualsevol tipus de trastorn psicòtic és del 3,06%, la de patir un trastorn psicòtic no afectiu és del 1,94%, i la prevalença de patir un trastorn psicòtic afectiu és del 0,59%.

Altres estudis han estudiat la prevalença en la població general, de patir experiències psicòtiques (EP). Les EP es descriuen com a experiències al·lucinatòries i/o delirants que no comporten el diagnòstic d'un trastorn psicòtic. Segons un estudi realitzat en 18 països, amb una mostra total de 31.261 persones, la prevalença de patir una EP al llarg de la vida era del 5,8% (McGrath et al., 2015). En un altre estudi que recull respostes de 256.445 subjectes de 52 països participants en la World Health Organization's World Health Survey,

es conclou que la prevalença al llarg de la vida de presentar un símptoma psicòtic és del 5,89% (Nuevo et al., 2010).

Les dades de tots els estudis presentats ens permeten concloure que la prevalença de trastorns mentals a les presons és superior a la població general.

### **3. L'atenció a la salut mental en l'àmbit penitenciari espanyol**

En els centres penitenciaris de l'Estat espanyol, exceptuant els de les comunitats autònomes de Catalunya, País Basc i Navarra, es disposa de dos tipus de recursos d'atenció psiquiàtrica penitenciària: el Programa de Asistencia Integral para Enfermos Mentales (PAIEM) i els Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios (HPP).

El PAIEM atén els interns amb trastorn mental que han comès un delictes sense relació amb la seva malaltia mental i, per tant, són condemnats en ser declarats com a responsables del delictes. Aquests interns es troben en establiments penitenciaris ordinaris complint condemna i es poden beneficiar d'aquest programa que es troba a dia d'avui en diferents nivells de desplegament als centres penitenciaris estatals que depenen de la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. La llei estableix que en el cas que la malaltia mental sobrevinguda, posterior al delictes, sigui de tal gravetat que impedeixi a l'intern comprendre el sentit de la pena, aquesta pugui ser suspesa i l'intern sigui ingressat en un centre psiquiàtric adequat. En cas contrari, seguirà complint la seva condemna i rebent el tractament adequat a la seva malaltia. El PAIEM es coordina amb les activitats assistencials dins la presó, així com amb l'assistència psiquiàtrica especialitzada dels recursos de la xarxa pública. Un dels objectius prioritaris del PAIEM és assegurar la connexió assistencial especialitzada amb els serveis de salut mental de la comunitat, cosa que facilita la continuïtat assistencial en el moment de la llibertat.

Els HPP a Espanya es troben a les províncies d'Alacant i de Sevilla. Són establiments penitenciaris especials amb més mitjans assistencials que un establiment penitenciar comú, que mantenen l'alt potencial de contenció i control d'una presó. Estan destinats, per llei i amb caràcter general, a acollir els malalts mentals sentenciats a mesures de seguretat privatives de llibertat. És a dir, els subjectes que han comès un delictes i han estat declarats inimputables en diferent grau i sentenciats a ser custodiats fins a la seva curació i/o fins a la desaparició de les circumstancies que puguin posar el subjecte en risc de tornar a delinquir a causa de la malaltia. Aquesta custòdia té una durada, com a màxim, igual al temps que li hauria correspost si hagués estat declarat culpable.

L'HPP d'Alacant (HPPA), es va inaugurar l'11 de gener de 1984 i s'ocupa de l'assistència psiquiàtrica penitenciària del conjunt del territori espanyol excepte Extremadura, Canàries, Andalusia, Ceuta i Melilla, així com de la població femenina del territori espanyol. És considerada una organització modèlica des de la seva aparició perquè es va implantar un

sistema de funcionament innovador en règim de comunitat terapèutica i perquè s'hi van impulsar les sortides terapèutiques que fins llavors eren desconegudes. D'acord amb l'article 8.1 del codi penal anterior, es va proposar que els pacients reclusos gaudissin d'aquesta mesura terapèutica, que no estava no específicament prevista en l'ordenament penal penitenciari. L'HPPA disposa de 375 places.

L'HPP de Sevilla (HPPS) va obrir les seves portes el mes de juny de 1990, després que es tanqués el Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario de Madrid. Per situació geogràfica, proporciona assistència a les poblacions penitenciàries masculines de les comunitats autònomes d'Andalusia, Extremadura, Canàries, Ceuta i Melilla. L'HPPS disposa de 158 places.

Cal destacar que el novembre de 2013 a la comunitat de Navarra es va inaugurar la primera unitat psiquiàtrica d'Espanya destinada a atendre pacients amb trastorns mentals que es estan implicats en processos judicials com a conseqüència de la malaltia. Aquesta unitat, anomenada Unidad de Psiquiatria Legal, es troba al complex hospitalari Aita Menni, que pertany a les Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús. Els pacients d'aquesta unitat requereixen unes mesures d'alta seguretat, que per primer cop es donen en una unitat civil i no en una unitat penitenciària.

#### 4. L'atenció a la salut mental en l'àmbit forense europeu

A la major part dels països europeus el terme *forense* defineix els professionals i les institucions psiquiàtriques que atenen les persones amb trastorns mentals que han comès un delictes. Quan ens referim a unitats forenses respecte a països com Anglaterra, Irlanda, Holanda, o Alemanya, entre d'altres, ens referim a les unitats i/o hospitals que poden trobar-se en establiments civils i/o en establiments penitenciaris, mentre que a Espanya, les unitats on ingressen aquests pacients no es denominen així per la concreció d'aquest terme en el nostre territori.

A l'Estat espanyol, la consideració de psiquiatra o psicòleg forense recau específicament en aquells professionals que es dediquen a la tasca pericial, és a dir, que realitzen avaluacions clíniques i criminològiques amb la finalitat d'orientar jutges i jurats.

El terme *forense* prové del llatí *forensis*, que significa 'públic i manifest' o 'pertanyent al fòrum'; al mateix temps, *forensis* es deriva de *fòrum*, que significa 'plaça pública', 'plaça del mercat' o 'lloc a l'aire lliure'; per tant, els professionals forenses són aquells que 'parlen al fòrum', que informen als tribunals.

Aquests professionals, tanmateix, poden tenir certa influència a l'hora de suggerir el tipus de tractament que hauria de seguir la persona encausada. Així, el jutge o tribunal, pot disposar d'elements per decidir com executarà la pena i quines seran les mesures correctives imposades. Els psicòlegs i psiquiatres accedeixen a la titulació forense mitjançant els mestratges oficials. Per altra banda, el metge forense és aquell que s'especialitza a través de la residència i es denomina *metge especialista en medicina legal*.

La realitat de la psiquiatria forense i/o penitenciària a Europa està vinculada a diferents variables que fan difícil la comparativa. Cal tenir present que per a aquesta comparació s'ha de tenir en compte el tipus de població i de pacients, el marc legal, els diferents conceptes respecte a la responsabilitat criminal, els diferents tipus de serveis i recursos... En suma, cal tenir en consideració un conjunt d'expectatives culturals i polítiques que ens porten a una heterogeneïtat notable amb relació als subjectes que són ingressats en els serveis de salut mental i forenses (Sampson et al., 2016; Salize i Dressing, 2005).

Al llarg dels darrers anys s'han desenvolupat estudis amb l'objectiu de posar en comú les diferents realitats que hi ha en aquesta matèria en els països europeus. Cal destacar l'estudi de Salize, *Mentally Disordered Persons in European Prison Systems- Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS)* (Salize, Dressing i Kief, 2007) que tenia com a objectiu principal descriure i analitzar els conceptes i els enfocaments de la prestació de serveis psiquiàtrics per als reclusos amb malalties mentals en 27 països europeus.

Més recentment, el 2011, es va constituir una xarxa d'experts en psiquiatria forense, formada per experts de les unitats de llarga durada (*long-term*). Aquest terme defineix a les unitats forenses del medi penitenciari i del medi civil, on els pacients estan ingressats durant més de cinc anys o fins i tot durant la resta de la seva vida. Aquesta delimitació temporal és orientativa, ja que alguns països han determinat que els ingressos de més de dos anys també entren dins la definició.

Aquest grup d'experts, entre els quals es trobaven professionals d'Holanda, d'Espanya i d'Anglaterra, van sol·licitar una beca de cooperació europea que facilités el contacte entre països, amb la finalitat d'ampliar el coneixement sobre el tipus de legislació, el tipus de pacients, els tractaments, les necessitats i la qualitat de vida d'aquesta població.

L'octubre de 2013 es va engegar el projecte COST Action IS1302, (Cooperation in Science and Technology) "Towards an EU research framework on forensic psychiatric care"<sup>1</sup>. Aquest projecte es va fer amb l'objectiu principal d'establir una xarxa d'investigadors, clínics i proveïdors de serveis de diferents disciplines i en diferents estadis de la carrera professional per tal de compartir la seva expertesa i establir les bases per a realitzar una avaluació i recerca comparativa sobre els tractaments més eficaços, així com per establir la *best practice* en la psiquiatria forense dins Europa. Al llarg de quatre anys, 40 representats de 19 països europeus han mantingut reunions de treball emmarcades en la recerca i la millora de l'assistència dels pacients que a causa del trastorn mental que pateixen es troben ingressats en institucions psiquiàtriques, forenses i/o penitenciàries. Per assolir aquest objectiu, els membres representants dels diferents països europeus es van organitzar en quatre grups de treball dedicats a diferents àmbits. Per una banda, el Grup de Treball 1 tenia com a objectiu determinar les característiques d'aquests pacients; el Grup de Treball 2 es va dedicar a l'estudi de la *best practice* en l'assistència psiquiàtrica forense; el Grup de Treball 3, a investigar en l'àmbit de les necessitats i la millora de la

---

<sup>1</sup> [http://www.cost.eu/COST\\_Actions/isch/Actions/IS1302](http://www.cost.eu/COST_Actions/isch/Actions/IS1302);

qualitat de vida dels pacients, i el Grup de Treball 4, tenia com a objectiu la implicació dels pacients, familiars i cuidadors, en tots els àmbits d'actuació.

Aquest projecte ha finalitzat el mes de novembre de 2017, per la qual cosa els informes finals i les recomanacions no estan encara publicades en el moment d'acabar de redactar aquesta tesi. Tot i això s'han publicat alguns treballs desenvolupats durant el període actiu del projecte.

Aquest és el cas de l'estudi dut a terme, en el marc de la COST Action, per Stephanie Sampson i Rachel Edworthy, juntament amb la vicepresidenta de la COST Birgit Völlm, i el responsable científic, Erik Bulten, en el qual, a través de qüestionaris i entrevistes a experts de 18 dels països que conformaven la xarxa, van establir les diferències existents en l'àmbit. Recentment, Sampson et al. (2016) han publicat les dades.

Segons l'estudi de Sampson, el marc legal sota el qual s'opera en els diferents països per a considerar el tractament d'una persona amb un trastorn mental que ha comès un delictes pot ser civil o penal. Així, països com Anglaterra i Gal·les (Mental Health Act 1983), Irlanda (Mental Health Act 2001), Croàcia (Protection of Persons with Mental Disorders 2015), Lituània (Mental Health Care of the Republic of Lithuania 1997), Sèrbia, (Protection of Persons with Mental Disorders 2013), Finlàndia, (Mental Health Act 1990) o Eslovènia (Mental Health Act 2008), operen sota legislacions específiques de salut mental, separades dels codis penals i/o criminals.

La Mental Health Act, present en diferents països, és la llei sota la qual es regula l'ingrés i/o detenció i tractament en un hospital en contra de la voluntat del subjecte. Les persones detingudes sota la Mental Health Act necessiten tractament urgent per la presència d'un trastorn de salut mental que els posa en risc a ells mateixos o als altres i, per tant, se'ls pot ingressar en contra de la seva voluntat. Algunes seccions de la Mental Health Act estan vinculades a la llei criminal. Altres països com Alemanya i Suïssa, tenen diferents variants de la llei estatal en funció de cada land o cantó.

Croàcia, Itàlia, Portugal i Espanya, són els únics països en què els pacients forenses tenen data de finalització d'estada. En el cas d'Espanya, el temps d'ingrés no pot excedir el temps que hauria comportat la declaració de responsabilitat del delictes. En el mateix sentit estan treballant la legislació a Croàcia i Itàlia, mentre que a Portugal no es permet que se sobrepassin els vuit anys. El criteri pel qual un pacient finalitza l'ingrés o és derivat a un

altre recurs amb menys restriccions o comunitaris és el grau de perillositat o la possibilitat de cometre un delict, és a dir, el risc de reincidència. Els països, que operen sota aquest criteri permeten la revisió de la perillositat cada dos anys. La decisió sobre el manteniment o la modificació del tipus d'ingrés, la determina un tribunal després de revisar la informació aportada pels professionals sanitaris i la que aporta el mateix pacient.

L'estudi de Sampson també aporta informació sobre el tipus de sentències que poden rebre les persones que tenen un trastorn mental i han comès un delict. La major part dels països, excepte Anglaterra, Gal·les, Finlàndia i Letònia, preveuen la possibilitat de sentenciar el pacient amb pena de presó i alhora amb la imposició d'un tractament que es pot complir en unitats específiques dins de presó o bé en hospitals forenses d'alta seguretat. Els hospitals forenses són el tipus d'establiments més comuns de compliment de tractament per aquestes persones, i es poden classificar, segons el nivell de seguretat, com a hospitals d'alta, mitjana o baixa seguretat. Per a procedir a l'ingrés en aquests establiments, la major part dels països exigeixen que s'hagi comès un delict, excepte Anglaterra, Gal·les i Irlanda, que permet l'ingrés sota la Mental Health Act si el pacient està en risc de cometre un delict.



## 5. Les necessitats

Les necessitats humanes han estat àmpliament estudiades des de la filosofia i les ciències socials i han donat lloc a teories que pretenen conceptualitzar i classificar les necessitats des de diferents perspectives. Molts estudiosos de diferents disciplines han dedicat part dels seus treballs a definir el concepte de necessitat i a sistematitzar la seva tipologia.

Puig (2012), en el seu article “Necesidades Humanas: Evolución del concepto según la perspectiva social”, apunta que el debat teòric sobre les necessitats, des de la perspectiva social, se centra en el dilema universalista versus relativista i entre l'objectivitat versus la subjectivitat de les necessitats.

Els universalistes consideren que les necessitats bàsiques es poden mesurar d'igual manera per a tots els éssers humans i que són independents dels gustos i les preferències individuals. Doyal i Gough (1991) van desenvolupar una teoria universalista des de la qual afirmen l'existència d'unes necessitats bàsiques que serien les que cobreixen les condicions per a la participació social i la persecució de fins propis: la salut física i l'autonomia personal.

Els relativistes, al contrari, consideren que les necessitats s'estableixen en funció de factors com el sexe, l'edat, la raça, la cultura i les normes socials. Aquests factors influeixen en la percepció de les necessitats; per tant, entenen que estan lligades a les característiques concretes del individu, i són subjectives.

Dins la perspectiva relativista, una de les aportacions més completes i influents ha estat la teoria de les necessitats de Maslow. Maslow va desenvolupar la teoria motivacional (Maslow, 1954), que pretén explicar què motiva a la gent per a actuar i comportar-se com ho fa. El que la teoria assenyala és que l'ésser humà té certes necessitats i quan aquestes no estan cobertes, actua i es comporta amb l'objectiu de cobrir-les. El nucli central de la teoria de Maslow gira en torn del desenvolupament de les necessitats de manera jeràrquica. Distingeix entre dos tipus de necessitats: les que es relacionen amb el nivell de supervivència o *bàsiques* i les que se situen en la cúspide de la piràmide, relacionades amb el nivell de desenvolupament, conegudes com a *necessitats superiors* o *metanecessitats*.

Bradshaw (1972), també des de la perspectiva relativista, va proposar una classificació de quatre tipus de necessitat, en funció de qui l'experimenta.

Els quatre tipus de necessitat definits per Bradshaw són, la necessitat *normativa*, que és aquella necessitat percebuda pels experts o professionals en una situació determinada; la necessitat *sentida o experimentada*, que es refereix a la necessitat percebuda individualment és, per tant, subjectiva i fonamental si es treballa des del punt de vista dels serveis socials i sanitaris, en què es potencia el paper del subjecte com a agent protagonista dels processos de canvi; la necessitat *expressada o demandada*, entesa com la necessitat manifestada mitjançant la sol·licitud de prestacions o de serveis, i la necessitat *comparada*, que és la necessitat que una persona o un grup hauria de tenir tenint en compte que presenta les mateixes característiques que una altra persona o grup, al qual ja s'ha identificat una necessitat concreta.

Les necessitats des de la perspectiva social s'expliquen per diferents tipus de teories que veuen l'ésser humà com a objecte d'acció a l'hora de cobrir-les. Quan ens endinsem en el concepte de necessitat des del punt de vista de la salut mental, cal incloure altres conceptes que permetin establir una definició més curosa, i específica, que es recull en el següent apartat.

### **5.1. Les necessitats en salut mental**

En salut mental, l'avaluació de les necessitats ha esdevingut una tasca essencial, tant en la planificació dels serveis, com en la planificació del tractament (Zúñiga, 2013).

*Necessitat* es pot definir, amb relació al tipus d'alteració o amb relació a un altre factor que causi incapacitat i que afecta el model de tractament o a la intervenció necessària per tal de cobrir-la. Si un individu està discapacitat a causa d'un trastorn mental sobre el qual hi ha una forma d'assistència efectiva i acceptada, l'individu està en necessitat d'aquesta intervenció. Hi ha una jerarquia en funció dels mètodes. A la part superior de la jerarquia trobem aquells mètodes a través dels quals podem obtenir una recuperació completa i ràpida, mentre que a la part inferior, generalment hi haurà mètodes de prevenció de recaigudes o d'atenció a la invalidesa. Així doncs, la definició més clara i més simple de *necessitat* és la possibilitat de beneficiar-se de la cura. (Wing, Brewin i Thornicroft, 1992).

Des de l'àmbit de la salut mental, la definició de *necessitat* té un gran interès ja que és on conflueixen el diagnòstic, la discapacitat (definida com la pèrdua de la funció i les conseqüents dificultats d'adaptació o d'interacció amb l'entorn) i la cura rebuda. Necessitat implica discapacitat i requereix l'existència d'una solució des del punt de vista del coneixement (Baca, 1997).

L'interès per les necessitats de les persones amb trastorn mental sorgeix inicialment al Regne Unit, on el tancament dels hospitals psiquiàtrics dona pas a la psiquiatria comunitària. Aquest fenomen s'estendrà als països occidentals, al llarg de la dècada dels seixanta i principis dels setanta, tot i que a l'Estat espanyol, a causa de l'aïllament polític i cultural de la dictadura, la reforma psiquiàtrica no va prendre forma fins a la dècada dels vuitanta (Hernández Monsalve, 2004).

És en aquest moment de transició on cobren importància totes aquelles qüestions relacionades amb la planificació i l'avaluació de programes a la comunitat que permetin conèixer quin tipus de necessitats presenten aquestes persones i adequar els serveis sanitaris i socio-sanitaris a elles. Les necessitats que presentaran els pacients que visquin a la comunitat seran diferents de les necessitats que presentaven els que vivien als hospitals. Sorgeix llavors l'interès per valorar si s'estan cobrint, no només les necessitats físiques, com l'allotjament, l'alimentació i la seguretat, sinó també les necessitats de qualitat de vida, d'autorespecte, d'autonomia, de manteniment dels interessos i de contribució a la societat (Stevens i Raferty, 1994).

### Avaluació de les necessitats en salut mental

S'han desenvolupat diferents instruments per avaluar les necessitats individuals, com l'escala Needs for Care Assessment Schedule (NCAS) (Brewin i Wing, 1987), la Cardinal Needs Schedule (CNS) (Marshall, 1994; Marshall, Hogg, Gath i Lockwood., 1995) i la Camberwell Assessment of Need (CAN) (Phelan et al., 1995).

Tal i com hem vist a l'apartat anterior, una necessitat comporta tenir un nivell de discapacitat que requereix d'una intervenció. Això fa que les escales de necessitats prevegin un gran nombre d'aspectes i que delimitar l'àrea d'avaluació concreta d'una eina sigui complex. Aquest és el cas de l'escala Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS (Wing, Curtis i Beevor, 1996), que ha estat classificada tant en l'àmbit de les necessitats,

com en l'àmbit del funcionament social. Així, tot i no ser considerada estrictament una escala d'avaluació de necessitats, sinó una escala per a mesurar la salut mental i el funcionament social de la població amb trastorns mentals greus, es considera adient incloure la descripció de l'escala HoNOS en aquest apartat.

L'escala HoNOS és un instrument, desenvolupat per la unitat de recerca del Royal College of Psychiatrists, en el marc del projecte Health of the Nation del departament de salut britànic. No ha estat validada en població espanyola, però es disposa d'una traducció al castellà (Uriarte et al., 1999). Està constituïda per un conjunt d'escales dissenyades per a mesurar els diversos problemes físics, personals i socials associats a la malaltia mental, que els professionals poden utilitzar de forma rutinària i en un context clínic. L'HoNOS conté 12 ítems que cobreixen una àmplia àrea social: conducta agressiva i hiperactivitat, conducta autoagressiva, ús de substàncies, cognició, salut física, al·lucinacions i idees delirants, depressió, altres símptomes mentals, relacions socials, funcionament general, allotjament i activitats.

El període d'avaluació són les dues setmanes prèvies, tot i que es poden establir altres períodes segons el contexte. Es recomana la seva administració a l'inici i al final de la intervenció. Cadascun dels ítems es puntua de 0 a 4, i es cobreix un ampli espectre dins d'una àrea de problemes.

De les escales que avaluen les necessitats pròpiament dites, la més extensament utilitzada i reconeguda és l'escala CAN, que va ser desenvolupada per un grup de professionals de l'Institute of Psychiatry Health Services de la Secció de Psiquiatria Comunitària de Londres (PRISM). Aquest instrument ha estat traduït a moltes llengües, però només s'ha validat en alguns països. En un projecte multicèntric europeu, l'EPSILON, es va realitzar la validació en mostres específiques dels cinc països que conformaven l'estudi. Així, es va validar l'instrument en població espanyola (Rosales et al., 2002), en població sueca (Hansson, Bjorkman i Stevenson, 1995), en població italiana (Ruggeri, Lasalvia, Nicolaou i Tansella, 1999), en població holandesa (Knudsen et al., 2000) i en població danesa (Mc Crone et al., 2000).

L'escala CAN avalua les següents 22 àrees funcionals: allotjament, alimentació, cura personal, cura de la llar, activitats diàries, salut física, símptomes psicòtics, informació, ansietat, seguretat sobre un mateix, seguretat dels altres, alcohol, drogues, companyia, relacions íntimes, sexualitat, cura dels fills, educació bàsica, telèfon, transport, diners i

ajudes socials. La presència o absència de necessitat es valora en cadascuna d'aquestes àrees. Es defineix que una necessitat és present quan l'entrevistat indica que hi ha hagut dificultats en un àrea determinada durant l'últim mes. Si es considera que hi ha una necessitat, es concretarà si està coberta o no. Una necessitat coberta és aquella per a la qual s'està rebent una intervenció adequada, ja sigui a partir de fonts formals (institucions i serveis) o informals (família o amics). Es defineix una necessitat com a no coberta quan no s'està rebent cap intervenció, o la intervenció o el suport rebut no és eficaç. Si la necessitat no està present es puntua sense necessitat o, en alguns casos, com a no aplicable. La puntuació de la necessitat total es defineix com la suma del nombre de necessitats cobertes i de necessitats no cobertes. La CAN es va desenvolupar per poder registrar les opinions dels usuaris del servei i el personal per a cada domini de necessitats. Les diferències en la percepció de la necessitat, entre els usuaris del servei i el personal, es calculen comparant directament les qualificacions (Phelan et al., 1995; Rosales et al., 2002).

Celso Iglesias (2003) va dur a terme un estudi per a investigar l'existència de similituds i diferències entre les escales CAN i HoNOS. Segons els resultats de l'estudi, s'observa una associació entre la puntuació total de l'escala HoNOS i les necessitats totals i no cobertes de l'escala CAN. A la vista dels resultats, Iglesias conclou que, mentre que l'escala HoNOS permet una avaluació funcional dels pacients i una avaluació de resultats a partir d'administracions repetides en el temps, l'escala CAN permet un millor coneixement de la realitat del pacient amb relació a les necessitats assistencials i resulta més útil per a la planificació d'una estratègia individual.

Diferents estudis han explorat les necessitats de la població amb esquizofrènia i altres trastorns psicòtics amb l'escala CAN, en mostres de pacients ingressats i de pacients en seguiment ambulatori. Els resultats solen presentar-se en funció del nombre i/o el tipus de necessitats, sobre l'acord entre l'usuari i el professional, o respecte a l'ajuda formal o informal que rep l'usuari.

Pel que fa al nombre de necessitats, segons el punt de vista dels professionals, els estudis presenten dades en les quals oscil·la entre 4,5 i 7,5, mentre que entre els usuaris el nombre de necessitats oscil·la entre 3,6 i 7,9 (Hansson et al., 1995, 2001; Slade, 1996, 1998, 1999; Lasalvia, Ruggeri, Mazzi i Dall'Agnola, 2000; Rosales et al., 2002; McCrone et al., 2001; Middelboe et al., 2001).

En un estudi d'Ochoa (Ochoa et al., 2003) en una mostra de 195 pacients amb un diagnòstic d'esquizofrènia en seguiment ambulatori a Barcelona, el nombre de necessitats identificades per part dels professionals va ser de 6,6 i per part del usuari, de 5,3. Aquestes dades són similars a les presentades en un altre estudi comunitari dut a terme en 518 pacients en seguiment al centre de salut mental de Nou Barris, on el nombre de necessitats detectades pels usuaris va ser de 5,1 (Zuñiga, 2013).

En l'estudi d'Ochoa, les necessitats més prevalents detectades pels pacients van ser símptomes psicòtics, cura de la llar, alimentació i informació. Pels professionals, les necessitats més prevalents eren símptomes psicòtics, companyia, activitats diàries, cura de la llar, alimentació i informació. Amb relació a les necessitats valorades com a no cobertes, tant els pacients com els professionals consideraven que les més prevalents eren les activitats diàries, la companyia i les relacions íntimes (Ochoa et al., 2003). Altres estudis han descrit també com a necessitats no cobertes les activitats diàries, la companyia i els símptomes psicòtics (Hansson et al., 2001; Middelboe et al., 2001, McCrone et al., 2001).

## **5.2. Les necessitats en el medi psiquiàtric penitenciari**

### 5.2.1. Necessitats generals

A la dècada dels anys noranta, a Anglaterra es van començar a estudiar les necessitats de la població amb trastorn mental que ha comès un delictes i que defineixen com a *mentally disordered offenders* (MDO)<sup>2</sup>. Els estudis se centraven en l'establiment de les necessitats dels MDO amb l'objectiu de conèixer la provisió de serveis que requeria el sistema de salut per atendre a aquesta població (Gunn, Maden i Swinton, 1991; Eastman, 1993; Cohen i Eastman, 1997). Les enquestes ja eren utilitzades àmpliament en la psiquiatria general per a mesurar les necessitats individuals de grups específics de pacients, utilitzant instruments estandarditzats de necessitats. Alguns d'aquests instruments incloïen l'avaluació del comportament violent, antisocial i perillós, però encara no s'havien validat per a MDO. També es realitzaven enquestes sobre necessitats a través d'entrevistes i qüestionaris dirigits a professionals, cuidadors i usuaris, però no es trobaven a la literatura enquestes relacionades amb els MDO (Cohen i Eastman, 1997).

---

<sup>2</sup> En aquest apartat ens referirem als 'pacients que pateixen una malaltia mental i han comès un delictes', amb el seu terme en anglès, *mentally disordered offenders*, utilitzant l'acrònim MDO, per a facilitar la lectura.

L'any 1991 el Department of Health i la Home Office d'Anglaterra, insatisfets amb la manca de serveis adequats per als MDOs, encarrega a John Reed (director del Medical Office of Department of Health) l'elaboració d'un informe sobre les necessitats d'aquesta població. Aquest informe és conegut com el *Reed Report* (Department of Health and Home Office, 1992) i és considerada la revisió més influent sobre la cura i el tractament dels MDO. Reed va seleccionar un grup d'experts, conegut com el *Reed Committe*, que van iniciar la revisió partint de tres encàrrecs: establir quins serveis de salut i socials estaven a disposició dels MDO; determinar les necessitats de derivació a altres serveis de diferent grau de seguretat i suggerir els canvis necessaris al sistema vigent.

La revisió es va dur a terme al llarg del 1991, i els experts van revisar estudis, investigacions i documentació relacionada amb els serveis de salut a la comunitat, als hospitals i als serveis penitenciaris; també van fer entrevistes als professionals d'aquests àmbits. Les conclusions del *Reed Report* van ser publicades l'any 1992 i establien 276 recomanacions, que s'agrupen en cinc principis que havien de guiar la futura provisió de serveis:

1. Els MDO han de rebre una atenció de qualitat i adequada a les necessitats dels individus per garantir que els pacients rebin el nivell i tipus d'atenció que necessiten.
2. Els MDO, sempre que sigui possible, han de ser tractats a la comunitat i no en els establiments penitenciaris.
3. Els MDO han d'estar sota condicions de seguretat que no siguin superiors a les justificades pel grau de perill que suposen per a si mateixes o per als altres.
4. El tractament dels MDO ha de maximitzar la rehabilitació i les possibilitats de mantenir una vida independent.
5. Els MDO han de ser tractats tan a prop de la seva llar i de la seva família, com sigui possible.

Aquests principis apuntaven al fet que el més apropiat era que els MDO fossin tractats pels serveis de salut mental de la població general en lloc de ser tractats en serveis especials separats.

Aquesta revisió va tenir molta influència i demostrava l'interès que el Department of Health donava als MDO i la necessitat d'avaluar les necessitats d'aquesta població.

Els estudis posteriors al *Reed Report* es van centrar a analitzar les necessitats d'emplaçament o ubicació dels MDOs a través d'entrevistes als professionals i revisant les històries clíniques (Pierzchniak et al., 1999, Shaw, Davies i Morey, 2001). Aquests primers estudis sobre les necessitats dels MDO conclouen que existeixen diferències en els MDO amb relació a la població general, que requereixen comptar amb instruments específics. El risc d'heteroagressivitat i d'autolesions (Lamb, Weinberger i Gross, 1999; Cohen i Eastman, 2000) així com variables relacionades amb la seguretat (Shaw, Davies i Morey, 2001) són algunes de les diferències constatades. Shaw (2002) conclou l'existència d'una elevada comorbiditat en els MDO, de trastorns de la personalitat, consum de tòxics i conductes agressives, i que, per tant, es requereix una avaluació específica de necessitats per a aquesta població.

L'any 2003 es va publicar el primer estudi en el qual s'utilitzava una escala estandarditzada per a estudiar les necessitats en la població MDO (Harty et al., 2003). Aquest estudi comparava les necessitats de la població MDO amb la població general, utilitzant l'escala CAN. Tot i ser una escala dissenyada i destinada a la població general, estableix clarament les diferències existents entre ambdues poblacions. Els resultats conclouen que el grup de MDO presentava més necessitats totals i no cobertes que el grup de la població general. Els MDO presentaven necessitats no cobertes en símptomes psicòtics, ansietat, ajudes socials, diners, activitats diàries, companyia i alimentació.

A pesar de l'augment de l'ús d'eines estandarditzades en l'àmbit de la salut mental, les revisions publicades respecte als instruments en població forense conclouen la manca d'eines disponibles i refereixen que l'interès per obtenir escales i mesurar les necessitats dels pacients forenses sovint és menor, que l'interès per desenvolupar escales de mesura del risc i de la reincidència (Thomas et al., 2008).

La primera eina d'avaluació de necessitats, específica per a la població MDO, es va publicar l'any 2003. El grup de treball de l'Institute of Psychiatry Health Services de la secció de psiquiatria comunitària de Londres (PRISM), utilitzant com a base l'instrument de necessitats CAN, va elaborar una versió especial per a MDO. Va sorgir així la Camberwell Assessment of Needs - Forensic Version (CANFOR), (Thomas et al., 2003).

A partir del 2003, disposar de l'escala CANFOR va permetre la publicació de diversos estudis centrats en l'avaluació de les necessitats dels pacients ingressats en els recursos forenses (Thomas, Dolan i Thornicroft, 2004; Harty et al., 2004; Thomas et al., 2004; Dolan,



Thomas i Thornicroft, 2005; Jacques, Spencer i Gilluley, 2010; Long i Dolley, 2012). També es va utilitzar l'escala CANFOR per l'anàlisi de les necessitats en mostres concretes en funció del gènere o de diagnòstics o símptomes específics, (Cardoso et al., 2011; Long et al., 2008; Murphy, 2007; Völlm i Dolan, 2009; Thomas, McCrone i Fahy, 2009; Long, Dolley i Hollin, 2015), així com en estudis sobre la relació entre la CANFOR i altres escales (O'Dwyer et al., 2011; Abou-Sinna i Luebbers, 2012; Segal, Daffern, Thomas i Ferguson, 2010).

Posteriorment a l'aparició de la CANFOR i continuant amb l'intent d'obtenir escales adaptades a la població MDO, es va desenvolupar l'escala HoNOS-Secure, específica per a recursos forenses de salut mental (Sugarman i Walker, 2007; Dickens, Sugarman i Walker, 2007).

Com hem exposat, l'escala HoNOS està conformada per un conjunt d'escales dissenyades per mesurar els problemes físics, personals i socials associats a la malaltia mental. L'escala HoNOS-Secure consta dels 12 elements originals de l'escala HoNOS, a la qual s'afegeixen set elements que avaluen les necessitats relacionades amb la seguretat: lesions cap a adults o nens: autolesions (deliberada o accidental); necessitat d'elements de seguretat per evitar l'escapoliment; necessitat d'un entorn segur pel personal; necessitat de vigilància/escorta durant les sortides; ser víctima de lesions i necessitat de procediments de gestió del risc.

L'escala HoNOS-Secure no ha estat validada en el nostre entorn, per la qual cosa els estudis que trobem a la literatura que utilitzen l'escala HoNOS-Secure, s'han desenvolupat a la Gran Bretanya, Austràlia i a Holanda (Dickens, Sugarman, Picchioni i Long, 2010; Sugarman i Dickens, 2010; Quinn, Miles i Kinane, 2013; Ribeiro, Tully i Fotiadou, 2015, van der Brink et al., 2007; 2010).

Keulen-de Vos i Schepers (2016), publiquen una revisió sobre instruments de necessitats en la població MDO, en la qual comparen quatre instruments: CANFOR; HoNOS-S; DUNDRUM (Dangerous Understanding Recovery and Urgency Manual) (Kennedy, O'Neill, Flynn, i Gill, 2010); i InterRAI-MH (International Resident Assessment Instrument - Correctional Facilities) (InterRAI-CF, 2010), en funció de les propietats psicomètriques i respecte a la seva utilitat clínica. La revisió conclou que totes les escales reporten un bon nivell de fiabilitat, mentre que les escales CANFOR i HoNOS reporten també una bona validessa de constructe. L'escala CANFOR és l'única sobre la qual s'han realitzat estudis

de fiabilitat test-retest. Tant l'escala CANFOR com la InterRAI-MH inclouen el punt de vista del personal i del pacient, mentre que l'escala DUNDRUM ha incorporat posteriorment una versió autoreportada per dues de les escales de les quatre que conté l'instrument.

D'aquestes quatre escales, considerades com a eines adequades per reportar les necessitats dels MDO, només l'escala CANFOR ha estat validada al nostre entorn, de manera que és considerada l'escala de referència.

### L'escala CANFOR

L'escala CANFOR ha estat validada al castellà per un grup de professionals de l'àmbit psiquiàtric penitenciari (Romeva et al., 2010). Es pot consultar l'article de la validació a l'Annex 1. L'estudi de validació conclou que la fiabilitat entre avaluadors i la fiabilitat test-retest per a cada ítem de la CANFOR presenta un acord de moderat a quasi perfecte (de 0.44 a 1). Amb relació a la validesa convergent, existeix una correlació negativa entre les puntuacions de l'EEAG ( $p < 0.01$ ) i de les subescales del Life Skill Profiles ( $p < 0.01$ - $p < 0.05$ ) i les necessitats. La versió castellana de l'escala CANFOR manté les propietats psicomètriques descrites en la versió original. S'ha comprovat que és una escala vàlida i fiable. Ha estat validada al portuguès i a l'italià (Talina et al., 2013; Castelleti et al., 2014).

L'escala CANFOR avalua un ampli rang de necessitats humanes a més de les específiques dels pacients psiquiàtrics en l'àmbit forense i/o penitenciari. La finalitat d'aquesta avaluació és orientar les intervencions i avaluar l'eficàcia dels plans de tractament.

Es recomana el seu ús en serveis psiquiàtrics forenses d'alta, mitjana o baixa seguretat, en serveis forenses de salut mental comunitaris, en serveis de seguiment de llibertat vigilada, i en serveis penitenciaris. Es considera convenient administrar l'escala quan el pacient ingressa, durant el tractament i en finalitzar-lo, així com quan es proposa l'inici de sortides, de permisos o de trasllat a un altre tipus de recurs.

El marc de referència temporal és el moment actual, i s'avalua en funció del darrer mes. És una entrevista semi-estructurada, que registra la resposta del pacient i la del personal, i també hi ha la possibilitat de que respongui una persona propera al pacient, com un familiar. El temps d'administració és d'uns 30 minuts.

La CANFOR disposa de dues versions llargues, una per a recerca i l'altre per a ús clínic, i una versió curta. Es pot consultar la versió curta a l'Annex 2. Totes les versions avaluen la presència o absència de necessitat per a cada 25 dominis i la satisfacció amb els serveis. En 16 dels dominis, l'entrevistador ha de valorar si la presència de la necessitat contribueix al delictes. En cas afirmatiu, es considera que aquesta àrea ha de rebre especial atenció i cal realitzar una planificació de tractament al respecte. La versió llarga, a més, inclou l'avaluació del nivell d'ajut formal, és a dir, el que es rep des dels serveis o institucions, així com l'ajuda informal, que és aquella que el pacient rep de la família o de les amistats.

Els 25 dominis avaluable en la CANFOR són els següents:

- 1) Allotjament: es refereix a si la persona disposa d'un habitatge en el moment actual o bé si té un lloc on viure quan abandoni el recurs.
- 2) Alimentació: es refereix a si la persona té l'habilitat de fer la compra adequada d'aliments i si té les habilitats mínimes per cuinar per si mateix.
- 3) Cura de l'entorn: es refereix a l'habilitat de mantenir el seu entorn (habitació, habitatge) en condicions adequades de neteja.
- 4) Autocura: es refereix a l'habilitat de la persona per a mantenir-se en condicions higièniques i d'aspecte adequades.
- 5) Activitats diàries: es refereix a l'estructura del dia a dia de la persona, com passa el dia i quines activitats realitza. Les activitats diàries inclouen un ampli rang d'activitats, com la necessitat d'un programa d'activitats estructurat, l'exercici, la teràpia ocupacional, la teràpia psicològica, l'educació, o les opcions de treball.
- 6) Salut física: es refereix a l'estat de salut general, com se sent físicament, i també inclou els efectes secundaris de la medicació.
- 7) Síntomes psicòtics: es refereix a la presència de fenòmens psicòtics experimentats pel pacient. Inclou l'efectivitat de la medicació psicotròpica, i també les intervencions psicològiques tant individuals com grupals.

8) Informació sobre el tractament: es refereix a la qualitat i la comprensió de la informació que rep el pacient respecte al tractament.

9) Angoixa: es refereix a l'experimentació de malestar psicològic, com estar trist, ansiós i/o preocupat.

10) Autoagressivitat: es refereix a les conductes d'autolesió i a les idees o intents autolítics.

11) Heteroagressivitat: es refereix a la presència de conductes violentes i/o amenaçants cap a altres .

12) Alcohol: es refereix a la presència d'un ús problemàtic de l'alcohol. Encara que aquesta substància no es trobi disponible en el medi d'avaluació, cal preguntar igualment per aquesta problemàtica.

13) Drogues: es refereix a l'ús problemàtic de drogues, així com a l'ús abusiu de medicació.

14) Contacte social: es refereix a l'habilitat de la persona per establir un adequat contacte social amb els altres. També s'avalua si té la capacitat per iniciar una conversa o per establir relacions personals amb els altres, així com si té amistats. Pot ser que la persona no tingui interès en el contacte social i es trobi a gust en aquesta situació, per la qual cosa la necessitat es considerarà no present.

15) Relacions íntimes: es refereix a l'establiment de relacions íntimes amb altres persones, com el fet de tenir una parella, i avalua si té problemes en aquests tipus de relació.

16) Vida sexual: es refereix a la dificultat per a tenir relacions sexuals o bé per autosatisfereix sexualment. Es considera com a problemàtica si així ho considera el pacient. Poden ser considerades problemàtiques l'absència de sexe, els problemes d'accés a les relacions íntimes o bé els problemes de disfunció sexual.

17) Cura dels fills: es refereix a la dificultat per tenir cura dels fills, i només s'avalua si la persona té fills menors d'edat. També s'observa si es preocupa per ells, o si hi manté el contacte.

18) Educació bàsica: es refereix a si la persona té l'habilitat de llegir i escriure, entendre i emplenar alguna informació. Es valora, també, si el pacient entén la llengua pròpia del país on es troba.

19) Telèfon: es refereix a les dificultats que pugui tenir la persona per a utilitzar el telèfon, ja sigui per realitzar una trucada telefònica o per carregar una targeta telefònica. També es valora si té accés al telèfon quan ho necessita.

20) Transport: es refereix a la dificultat per a accedir al transport, així com a la capacitat d'entendre o saber llegir els horaris o els enllaços del transport públic.

21) Diners: es refereix a la capacitat de la persona per a administrar els seus diners – pagant factures, per exemple- i fer-ne un ús adequat.

22) Prestacions: es refereix a les dificultats que té la persona per a conèixer i accedir a les prestacions que li pertoquen.

23) Tractament: es refereix a si la persona accepta o està d'acord amb els tractaments que rep, tant a nivell farmacològic, com psicològic o en altres àmbits.

24) Delicte sexual: es refereix a la possibilitat o previsió de que el pacient pugui cometre actes de naturalesa sexual. Inclou un comportament sexual inadequat i la necessitat de programes de tractament sexual. Cal conèixer si la persona es considera en risc de cometre un delicte sexual.

25) Incendi: es refereix a la possibilitat o la presència de problemàtica de comissió d'incendis provocats.

La forma de puntuació i d'interpretació és la següent:

Puntuació de 0 - Sense necessitat

La persona actualment no té problemes en aquesta àrea ni està rebent cap ajut o tractament en aquesta àrea.

Puntuació de 1 - Necessitat coberta

La persona actualment té alguns problemes o dificultats en aquest domini i està rebent l'ajuda o tractament necessaris.

Puntuació de 2 - Necessitat No coberta

La persona té problemes o dificultats actualment en aquesta àrea i no esta obtenint ajuda ni tractament, o bé el tractament que està rebent no està sent efectiu.

Puntuació de 8 - No aplicable

La resposta “no aplicable” es pot donar només en cinc àrees (allotjament, cura dels fills, transport, delicte sexual , incendi).

Puntuació de 9 - Desconegut

Es pot puntuar com a “desconegut” quan la persona entrevistada desconeix de què se li parlar, quan la resposta no és confiable o bé quan no desitja donar informació al respecte.

### 5.2.2. Necessitats relacionades amb el risc

La relació entre violència i malaltia mental ha estat objecte d'estudi en les darreres dècades. Aquesta relació convé analitzar-la de forma acurada i evitar establir, de manera directa, la relació causal dels dos conceptes. No és infreqüent la difusió de notícies en els mitjans de comunicació que porten a la creença que les persones amb trastorns mentals estan darrere de la comissió d'un alt nombre d'actes violents, al·ludint al fet que el perpetrador de l'acte tenia un trastorn mental o es trobava en seguiment psiquiàtric. Les dades allunyen aquesta creença. La major part de les persones afectades d'un trastorn mental no són violentes (Arbach i Andrés-Pueyo, 2007).

Aquesta associació comporta l'estigmatització de les persones que pateixen un trastorn mental i és fruit de la consideració, actualment superada en l'àmbit sanitari, i cada cop més en l'àmbit judicial, que la perillositat és el factor central que explica la conducta violenta (Appelbaum, 2006; Arbach i Andrés-Pueyo, 2007). El concepte de perillositat es refereix a la propensió d'un individu a cometre actes violents o perillosos i és considerada un atribut de l'individu.

L'estudi de la predicció de la conducta violenta ha experimentat una notable evolució al llarg dels darrers anys, ja que s'ha passat de l'avaluació de la perillositat com a únic element predictiu atribuïble a l'individu, a la concepció de l'avaluació del risc de violència, que comporta l'anàlisi dels factors predisposants, situacionals i contextuals a la comissió d'actes violents.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix la violència com l'“ús intencional de la

força física o el poder, ja sigui en grau d'amenaça o efectiu, contra un mateix, una altra persona o un grup o comunitat, que causi o tingui moltes probabilitats de causar lesions, mort, danys psicològics, trastorns del desenvolupament o privacions" (WHO, 1996).

Per comprendre el fenomen de la violència s'han d'analitzar els factors que influeixen en el comportament i que poden augmentar el risc de cometre actes violents. No existeix un únic factor que expliqui per què una persona es comporta de manera violenta i una altra no ho fa. La violència és un complex entramat de factors biològics, socials, culturals, econòmics i polítics (Vicens, 2006).

La població objecte d'estudi d'aquesta tesi comparteix la presència d'un diagnòstic de trastorn mental sever i la comissió d'un delicte. El fet d'incorporar la conducta delictiva a l'equació ja inclou més problemes i dificultats a la seva situació psiquiàtrica. Aquestes necessitats referides a la conducta delictiva poden estar o no relacionades amb el trastorn mental. En ambdós casos, el trastorn mental i les seves conseqüències en la vida del subjecte han de ser avaluades i tractades, així com aquelles necessitats que poden no considerar-se estrictament sanitàries, com la violència (Cohen i Eastman, 2000).

La prevalença dels trastorns psiquiàtrics en la població penitenciària ha estat explicada anteriorment, però en aquest apartat ens endinsarem en el perfil delictiu de la població atesa a les UPP i els factors de risc de violència.

L'any 2009 es va dur a terme un estudi sobre el tipus de delicte que havia comès una mostra de la població atesa a la UHPP-C (Escuder-Romeva, Gomollón i Vicens, 2009). D'un total de 243 pacients, un 43,6 % havia comès un delicte violent. Dins el grup de delictes violents, l'homicidi va ser el delicte més freqüent, amb un 51,9%, seguit del delicte sexual, amb un 20,8%, i el delicte de lesions, que representava el 19,8%. Aquest estudi també conclou que el 45,5 % dels pacients que van cometre un delicte violent patien algun tipus de trastorn de l'espectre psicòtic. En aquells que havien comès un delicte de caràcter sexual, el diagnòstic de trastorn psicòtic representa un 36,4%. El 57,1% dels pacients que havien comès un delicte de lesions presentava un trastorn psicòtic. L'esquizofrènia suposava el 50% dels trastorns psicòtics diagnosticats i, dins l'esquizofrènia, la forma paranoide era la més prevalent, amb un 67%. Les dades dels Serveis Penitenciaris, (Direcció General de Serveis Penitenciaris, 2017) refereixen que l'homicidi representa del 8 -10% dels delictes comesos per les persones empresonades, però dins la població estudiada per Escuder-Romeva et al., l'homicidi representava el 20% dels delictes de tota

la mostra ingressada a la UHPP-C.

Per altra banda, Capdevila i Ferrer (2007), van elaborar un estudi sobre execució penal i salut mental, en el qual analitzaven la mostra d'interns que havien estat ingressats, com a mínim un dia, durant l'any 2005, a les següents UPP: IPCPQC, UPQC i UHPP-C. La mostra total va ser de 342 pacients, i es determina que el 58,2% havien comès un delictes violent, en front del 9,9% de la població penitenciària general.

Així doncs, podem establir que la població de les UPP cometen delictes més violents que la població ordinària de les presons. Aquesta conclusió ens obliga a estudiar quins són els factors de risc que s'associen a les persones amb trastorn mental que cometen un delictes violent.

En un estudi de Fazel i Grann (2004), que analitzava la morbiditat psiquiàtrica en homicides, trobaven que el 20% presentava un trastorn psicòtic; un 54% presentava un diagnòstic de trastorn de la personalitat i només un 10% dels homicides no presentava cap diagnòstic psiquiàtric. En un altre estudi sobre la conducta violenta en l'esquizofrènia, (Swanson et al., 2006), s'establia la relació de la violència greu amb diferents factors, com ara la presència de símptomes psicòtics i depressius, així com, els problemes de la conducta en la infantesa i haver estat víctima de maltractament. La violència menys greu estaria vinculada a l'abús de substàncies i a factors socials i interpersonals.

Alguns estudis donen suport a la relació entre els símptomes de la malaltia mental i el risc de violència, mentre que altres estudis conclouen que és l'abús de substàncies i alcohol i no la malaltia mental *per se*, el que contribueix al risc de violència entre les persones amb malaltia mental. Elbogen i Johnson (2009) van tractar de clarificar si els trastorns mentals severos, com l'esquizofrènia, el trastorn bipolar o la depressió major, porten a la conducta violenta. Les dades respecte a la presència de trastorns mentals es van extreure de la National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, als Estats Units. Un total de 34.653 subjectes van respondre a la primera fase, referida als trastorns mentals, i un any després els subjectes que en la primera fase havien reportat patir un trastorn mental, eren entrevistats per avaluar la comissió d'actes violents entre ambdues fases. Els resultats conclouen que entre les persones amb un diagnòstic únic de trastorn mental sever, només un 2,4% havia comès algun acte violent; mentre que en aquells que tenien un diagnòstic comòrbid de trastorn per ús de substàncies la comissió d'actes violents s'elevava al 8,03%. A més d'aquests resultats, l'estudi conclou que l'edat, la història de violència prèvia, haver



estat víctima d'abusos o violència i els esdeveniments vitals estressants prediuen en major grau la conducta violenta que el trastorn mental i l'abús de substàncies.

Applebaum, Robbins i Monahan (2000) van analitzar la relació entre la presència de deliris i la comissió d'actes violents al llarg de l'any següent a l'alta hospitalària i van concloure que la presència de deliris actius de qualsevol tipologia no es podia considerar un factor precipitant de la conducta violenta.

Les dades apunten al fet que l'avaluació de les necessitats relacionades amb el risc de violència és una part fonamental de l'avaluació dels pacients amb trastorns mentals. Conèixer els factors de risc que s'associen a la violència és cabdal per establir una intervenció adequada respecte als factors que estan presents, que com veurem poden ser estàtics o dinàmics. És sobre aquests últims sobre els que podem i hem d'intervenir.

Al llarg de la dècada dels vuitanta, els estudis sobre la conducta delictiva van començar a dirigir-se a l'avaluació del risc de violència basant-se en la valoració dels factors de risc i la gestió d'aquest risc, enfront de les teories basades en la perillositat criminal, més estàtiques i deterministes. S'entén que l'avaluació del risc és sensible als canvis contextuais i personals dels subjectes i que varia al llarg d'un contínuum de probabilitat d'emissió de conductes violentes (Hart, 1997, Douglas, Coix i Webster, 1999).

Andrews i Bonta, el 1998, en el llibre *The psychology and criminal conduct*, (Andrews i Bonta, 5a ed., 2017), introdueixen el concepte de necessitats criminògenes (*criminogenic needs*), enteses com a atributs dinàmics dels delinqüents i les seves circumstàncies que, quan canvien, s'associen amb la reducció de la reincidència. Alguns dels aspectes que s'associen al comportament criminal són les actituds i valors favorables a la delinqüència, els aspectes de la personalitat antisocial com la impulsivitat, l'escassa capacitat de resolució de problemes, l'abús de substàncies, l'alta hostilitat i la ira. Per tant, les necessitats criminògenes són un subconjunt de factors predictius de la reincidència. Altres factors de risc inclouen factors estàtics o invariables com el gènere, l'edat i la història delictiva.

Andrews i Bonta consideren que els factors estàtics tenen un paper important en la determinació dels nivells inicials de risc, però que tenen menys valor quan parlem del tractament. El fet que no siguin modificables significa que no ens permeten identificar si una persona ha canviat com a resultat del tractament, en quin grau, què ha canviat i tampoc

ens informen sobre la probabilitat que es produeixi un delict. Al contrari, els factors de risc dinàmics poden proporcionar als professionals informació sobre l'impacte del tractament en el nivell de risc d'un individu i també indicar on s'ha produït el canvi.

Enfront de les necessitats criminògenes, Andrews i Bonta també consideren la presència de les necessitats no criminògenes, que són atributs dinàmics dels delinqüents i les seves circumstàncies que quan canvien no s'associen amb la reincidència. Alguns exemples de necessitats no criminògenes serien la baixa autoestima, l'ansietat, l'angoixa, l'estrès, o la cohesió grupal. Tot i considerar la importància de les necessitats no criminògenes, argumenten que s'han de prioritzar les necessitats criminògenes degut al seu impacte en las taxes de reincidència.

La teoria desenvolupada per Andrews i Bonta, es coneix com el *model de risc-necessitats-responsivitat*. Aquest model pretén enfocar les aplicacions psicològiques a la prevenció i el tractament de la delinqüència, i estableix tres grans principis:

**Risc:** els individus que tenen un risc més alt en factors estàtics (els que només poden incrementar-se o mantenir-se igual, no millorar) requereixen intervencions més intensives. Aquest principi respon a qui ha de ser atès.

**Necessitat:** els factors dinàmics de risc (poden empitjorar o millorar) que estiguin directament connectats amb l'activitat delictiva han de suposar els objectius dels programes d'intervenció, els factors a modificar. Aquest principi respon a en què s'ha d'intervenir.

**Responsivitat:** sota el principi de la individualització, cal ajustar adequadament les intervencions a les característiques personals i situacionals dels subjectes. Aquest principi fa referència a com s'ha de fer la intervenció.

Les teories d'Andrews i Bonta han estat referents en el camp de la criminologia i s'han estès a altres camps associats, com la psiquiatria forense. En front del model RNR, han aparegut d'altres, com el Good Lives Model (GLM) (model de vides satisfactòries), de Ward i Stewart (2003). Aquest model considera que les necessitats no criminògenes han de ser ateses amb major intensitat i en primer lloc que les criminògenes, en contraposició al que estableix el Model RNR. El GLM planteja que les necessitats no criminògenes poden impedir l'establiment d'una aliança terapèutica amb els delinqüents. Per poder incidir en el

canvi d'hàbits i en l'adquisició de competències cal facilitar que els subjectes a tractar, es dirigeixin a l'aprenentatge. Per tant, abans que les persones siguin capaces d'adquirir habilitats per fer front als problemes, i tenir actituds més prosocials, han d'estar motivades per participar en el procés de teràpia. Segons el GLM, els terapeutes han d'augmentar intencionalment la sensació de seguretat, d'autoestima i de benestar del delinqüent. A més, subratllen que els estats d'ànim negatius poden impedir el processament de la informació i perjudicar l'aprenentatge en contextos terapèutics.

Aquesta tesi no té com a objecte aprofundir en els models explicatius i d'intervenció de la delinqüència, però s'han exposat amb la finalitat d'augmentar el coneixement respecte al contingut de les eines que s'han desenvolupat a partir d'ells i que descriurem en el punt següent.

### Avaluació del risc de violència

Hem exposat a l'inici d'aquest apartat que l'avaluació de la violència ha evolucionat des de la concepció de la perillositat com a predictora de la violència i atribuïble al subjecte fins a la valoració dels factors de risc relacionats amb el comportament violent.

Existeixen tres grans procediments de predicció de violència: la valoració clínica no estructurada, la valoració actuarial i la valoració clínica estructurada (Andrés-Pueyo i Redondo, 2007).

La valoració clínica no estructurada, consisteix en l'aplicació de recursos clínics d'avaluació i pronòstic tradicionals, al pronòstic de la conducta violenta. Es caracteritza pel fet de no tenir protocols ni regles explícites més enllà de les pròpies de cada clínic expert. Per tant, és la llibertat de criteri del professional, en funció de la seva experiència i, en ocasions, d'acord amb tests, el que guia la consideració del grau de risc de violència de cada individu. Aquest procediment comporta poca precisió, una feble justificació teòrica i un baix nivell d'acord entre jutges (Andrés-Pueyo i Redondo, 2007).

La valoració actuarial es caracteritza per l'ús d'instruments objectius ad hoc que permeten quantificar, a través d'un registre acurat de totes les dades rellevants del subjecte, posant el focus en aquelles informacions que es relacionen empíricament amb la violència. A més del registre, la valoració actuarial implica la ponderació de la importància de cada

informació a través de combinacions matemàtiques. Aquest enfocament no s'acompanya de cap model teòric que expliqui el perquè de la conducta violenta: l'únic rellevant és la probabilitat estimada de que una conducta pugui tornar a produir-se en el futur (Andrés Pueyo i Echeburúa, 2010).

La valoració clínica estructurada és un procediment mixta clínic-actuarial del qual formen part aspectes propis de la valoració clínica (avaluació estructurada i presa de decisió final) i de l'actuarial (recollida i inclusió de dades predictores empíricament verificades). Aquesta avaluació es realitza a través de les guies de valoració del risc, basades en la investigació clínica i en estudis epidemiològics (Andrés-Pueyo i Redondo, 2007). Entre les guies que responen a aquest procediment de valoració disposem en el nostre entorn de l'HCR-20, que descriurem a continuació. També disposem de l'SVR-20 (Boer, Hart, Kroop i Webster, 1997; Hilterman i Andrés-Pueyo, 2005), específica per a delictes sexuals, i la SARA (Kropp, Hart, i Webster, 1995; Andrés-Pueyo i López, 2004), per a violència en la parella.

De les eines esmentades anteriorment, ens centrarem en la descripció de l'HCR-20, ja que és l'instrument que es considera més adient per a l'avaluació de la predicció del risc de comportaments violents en contextos forenses, psiquiàtrics i penitenciaris. Tanmateix, en el cas d'estar enfront de delictes sexuals, s'opta per l'SVR-20, i per els casos de violència de parella, s'opta per la SARA. Es pot consultar l'escala HCR-20 a l'Annex 3.

L'HCR-20 és una guia de valoració del risc de violència, que es compon de 20 ítems, organitzats de la manera següent: 10 factors de risc del passat, anomenats *històrics*: violència prèvia, edat del primer incident violent, relacions inestables de parella, problemes relacionats amb l'ocupació, problemes de consum de substàncies, trastorn mental greu, psicopatia, desajust infantil, trastorn de personalitat, i incompliments de supervisió; 5 factors de risc del present, anomenats ítems *clínic*s: manca d'introspecció, actituds negatives, presència actual de símptomes de trastorn mental greu, impulsivitat, i no resposta al tractament; i 5 factors de risc del futur, anomenats ítems de *gestió del risc*. Aquests darrers ítems es poden avaluar en funció de la perspectiva d'estada a la unitat/institució d'ingrés o bé en funció de la perspectiva d'alta propera, i són els següents: absència de plans de futur viables, exposició a factors desestabilitzants, manca de suport social, incompliment de tractaments prescrits, i alt nivell d'estrès experimentat. Cada ítem es puntua amb un 0, en el cas que el factor de risc estigui absent; amb un 1, si està moderadament present, o amb un 2 si està present.

La valoració final sobre el risc de violència recau en el professional clínic, que és qui pondera el pes que tenen els factors de risc presents per a determinar si el risc de violència és baix, mitjà o alt.

A la literatura trobem molts estudis que han utilitzat l'HCR-20 en pacients amb trastorn mental en unitats psiquiàtriques forenses i/o penitenciàries (Belfrage i Douglas, 2002; De Vogel et al., 2004; De Vogel i De Ruiter, 2006; Mc Niel, et al., 2008; Reynolds i Miles, 2009; Singh, Grann i Fazel, 2013; Singh, Fazel, Gueorguieva i Buchanan, 2014; O'Shea et al, 2014; Morrissey, Beeley i Milton, 2014; Davoren et al., 2015; Ireland et al., 2016;).

En població espanyola els estudis amb l'HCR-20 són escassos. Arbach, Pomarol-Clotet i Gomar (2011) van fer un estudi en pacients ingressats en un hospital psiquiàtric civil, utilitzant l'HCR-20 com a mesura predictora de violència, però l'únic estudi realitzat a un hospital psiquiàtric penitenciari espanyol és el de Sánchez-SanSegundo et al. (2014). Aquest estudi es va dur a terme a l'Hospital Psiquiàtric Penitenciario d'Alacant. En aquest estudi, es compara una mostra ingressada a l'HPP amb trastorn mental i trastorns de conducta, amb una altra mostra amb trastorn mental sense trastorn de conducta, i s'analitzen els resultats de l'HCR-20 i la PCL (Escala de Evaluación de Psicopatía de Hare) en ambdues mostres.

Els resultats de l'estudi conclouen que el grup que tenia un diagnòstic de trastorn mental i de trastorn de conducta obtenia puntuacions totals més elevades a l'HCR-20, així com una puntuació més elevada en els ítems històrics. Una altra conclusió d'aquest estudi és, que un cop els pacients amb trastorn mental sever estaven estabilitzats, altres factors, com tenir un trastorn de conducta previ a l'aparició de la malaltia, i el comportament violent, continuaven associant-se a nivells alts de risc.

Un cop revisats els diferents aspectes sobre les necessitats que s'han exposat en aquest apartat es pot concloure que l'avaluació de les necessitats en els pacients amb trastorn mental que han comès un delictes ha de cobrir tant les variables relacionades amb la malaltia mental, incloent les variables de tractament, personals i socials, com totes aquelles que s'associen al risc de violència. La intervenció que es derivi de l'avaluació serà concreta i personalitzada a les necessitats detectades per cada un dels subjectes avaluats de manera individualitzada. Per dur a terme aquestes avaluacions disposem d'instruments validats en el nostre entorn que s'han considerat útils i adequats a aquesta població, com són l'escala CANFOR i la guia de valoració de la violència, HCR-20.

## 6. Altres variables en les unitats psiquiàtriques penitenciàries

### 6.1. Funcionament general i social

Els trastorns mentals crònics, com l'esquizofrènia, s'associen amb una afectació en el funcionament social i ocupacional, i amb les activitats de la vida diària. L'inici de la malaltia acostuma a donar-se a l'adolescència tardana o l'inici de la joventut, que és el moment crucial per al desenvolupament de les habilitats socials. Qualsevol disfunció durant aquest període en la construcció de relacions adequades amb els altres i en l'assoliment d'un funcionament normalitzat afecta de manera notable a la resta de la vida, i pot dur a una vida marcada per l'aïllament social i per problemes en l'àmbit laboral i en les relacions personals (Yager i Ehman, 2006; Peuskens i Goorwood, 2012).

La disfunció psicosocial en l'esquizofrènia és entesa com la incapacitat per complir amb els rols definits per la societat, com poden ser el rol dins la llar, el rol de treballador, d'estudiant, de parella, de familiar o d'amic. La satisfacció dels individus amb l'assoliment d'aquests rols, la capacitat per cuidar-se a un mateix i l'abast de les activitats lúdiques i recreatives, conformen el funcionament social (Muesser i Tarrier, 1998).

Malgrat l'ús generalitzat del terme *funcionament social*, hi ha un consens limitat sobre la seva definició. El funcionament social sovint s'utilitza per a definir una varietat de conceptes similars i sobreposats, com són el rendiment social i l'adaptació social, que ve determinada per com una persona s'adapta a les expectatives socials o bé com a disfunció social, entesa com una habilitat deficient per relacionar-se adequadament amb els altres i funcionar dins la societat.

Tot i que s'ha relacionat especialment amb l'esquizofrènia, altres trastorns afectius també es relacionen fortament amb la disfunció social (Wiersma i Becker, 2010). El funcionament en rols socials comporta la integració de la persona a la comunitat. Així, altres malalties que cursin amb incapacitat per dur a terme activitats concretes o que es manifestin amb conductes peculiars, també afecten el que s'entén com un rol social ben definit. De la mateixa manera, els trastorns de la personalitat i els trastorns per ús de substàncies s'associen amb una afectació en el funcionament social de l'individu (Newton-Howes, Tyrer, Weaver, 2008).

En un estudi realitzat per Viertö (2012), que avaluava la relació entre les activitats de la vida diària, i el funcionament social en persones afectades per un trastorn psicòtic, es conclou que tant les persones amb esquizofrènia com amb altres trastorns psicòtics no afectius reportaven afectacions en les activitats de la vida diària i en el funcionament social. Les persones que patien de trastorns afectius no reportaven afectacions en les activitats de la vida diària, però si informaven que tenien més dificultats en diferents aspectes del funcionament social.

La descripció del funcionament social, com hem dit prèviament, inclou tres dominis amplis, com són el treball i/o el rendiment acadèmic, les relacions interpersonal i l'autocura. El DSM-IV-TR (actualment DSM-V) indica que el funcionament social deteriorat està associat però separat dels signes i símptomes de l'esquizofrènia, com ara els deliris, les al·lucinacions i els símptomes negatius. No obstant això, tenint en compte que els símptomes negatius de l'esquizofrènia poden donar lloc a l'aïllament social, no sempre és fàcil distingir entre símptomes negatius persistents i funcionament social deteriorat (Burns, 2007).

Hunter i Barry (2012) van estudiar la relació entre els símptomes negatius i el funcionament psicosocial en l'esquizofrènia en una mostra de 295 pacients d'11 països. L'estudi conclou que existeix una forta correlació entre els símptomes negatius i la disfunció social.

També s'ha estudiat la relació de l'afecte negatiu, present en diversos trastorns, i el funcionament social (Grove et al., 2016).

El constructe *experiència emocional negativa* o *afecte negatiu*, ha estat proposat com a una dimensió de la psicosi, en l'espectre que va de l'esquizofrènia al trastorn bipolar. Les persones amb esquizofrènia i amb trastorn bipolar refereixen de manera freqüent emocions negatives, segons diversos estudis que han analitzat aquesta relació. Aquesta evidència, segons Grove, és contrària al que s'ha entès sempre com a símptomes negatius, ja que aquest darrer concepte comporta la manca d'emoció o l'anhedonia. Estudis recents sostenen que la baixa expressivitat emocional no comporta que hi hagi una reducció per sentir emocions, sinó per expressar-les. Els resultats de l'estudi de Grove conclouen que l'afecte o l'emoció negativa està més present en els pacients que pateixen trastorns com l'esquizofrènia, el trastorn esquizoafectiu, la psicosi no especificada i el trastorn bipolar, que en els subjectes sans, i que existeix una correlació entre el funcionament social i les emocions negatives, tant en subjectes sans com en els afectats pels trastorns esmentats.

Els símptomes positius, com les al·lucinacions o els deliris, també s'han associat a l'afectació del funcionament social en pacients psicòtics, tot i que no amb la intensitat que ho fan els símptomes negatius (Heering i van Haren, 2016).

El tractament amb nous fàrmacs antipsicòtics ha demostrat tenir el seu efecte en els símptomes positius de l'esquizofrènia, però això no significa que també contribueixin a la millora del funcionament social. Millorar el funcionament social és un dels objectius crucials a l'hora de considerar la remissió del trastorn psicòtic, però encara hi ha pocs estudis que analitzin aquesta remissió utilitzant escales estandarditzades (Barak i Aizenberg, 2012).

Donada la gamma de dèficits que interfereixen en el funcionament de la vida quotidiana, millorar el funcionament personal i social s'ha convertit en una mesura de resultat important per a les noves teràpies de l'esquizofrènia i d'altres trastorns mentals severos. El funcionament del pacient ha estat reconegut com un determinant important de l'èxit del tractament (Lambert i Naver, 2004).

### Avaluació del funcionament social

Hi ha diverses escales que avaluen el funcionament social en l'esquizofrènia i en altres trastorns mentals severos, amb estructures molt diverses. Poden ser genèriques o relacionades a un trastorn en concret; heteroadministrades o autoadministrades i que cobreixin des d'un fins a múltiples dominis del funcionament social.

Burns i Patrick (2007) van dur a terme una revisió per identificar les escales més utilitzades per mesurar el funcionament social en subjectes diagnosticats d'esquizofrènia, com a variable de resultat de tractament. Aquesta revisió, en la qual van identificar 20 escales, analitzava també les propietats psicomètriques dels instruments. Moltes de les escales presentades per Burns i Patrick s'utilitzen especialment en els serveis comunitaris, o no estan validades en població espanyola. D'entre les validades i que s'utilitzen en unitats d'ingrés, en destacarem tres. L'escala que més cops s'utilitza com a mesura de resultat és la Global Assessment of Functioning (GAF) (Endicott et al., 1976). Aquesta escala està validada en població espanyola, denominada Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) (Bobes et al., 2004). L'escala Short Form Health Survey-36 (SF-36) (Ware, 1993) ocupava l'onzè lloc, i està validada en població espanyola per Alonso et al., (1995). El catorzè lloc l'ocupava l'escala Life Skills Profile (LSP) (Rosen et al., 1996), validada en població espanyola per Bulbena et al. (1992).



En una revisió posterior, Peuskens (2012) va analitzar les escales de funcionament social amb relació als dominis que cobreixen els instruments. Va trobar que les escales de funcionament psicosocial cobrien en major o menor grau els següents dominis: funcionament global, activitats socials, vida diària, feina, educació, relacions, àmbit residencial, autocura, finances, problemes de conducta, compliment i símptomes. D'entre les escales analitzades, l'escala CAN cobria tots els dominis, excepte el funcionament global i el compliment, i la GAF cobria tots els dominis, excepte la vida diària, l'àmbit residencial, les finances, el compliment i els símptomes.

Tal i com hem comentat anteriorment, la línia que divideix la classificació d'un instrument en la categoria de funcionament social o de necessitats és en ocasions borrosa. Així, en la revisió de Peuskens, l'escala CAN es troba en la categoria de funcionament social mentre que ni Burns ni Peuskens inclouen l'escala HoNOS en aquesta categoria. Aquest fet es dona en altres escales. En una revisió de Casas, Escandell, Ribas i Ochoa (2010), en la qual exposen les escales més utilitzades en l'àmbit de la rehabilitació psicosocial, es categoritza l'escala SF-36 com a escala de qualitat de vida, mentre que en les revisió de Burns està classificada com una escala de funcionament social i la revisió de Peuskens no la inclou.

Casas et al. (2010), presenten en la seva revisió les escales en l'àmbit de la rehabilitació psicosocial, segons sis àrees: rehabilitació psicosocial general, necessitats, discapacitat, qualitat de vida, psicopatologia i càrrega familiar. En l'àmbit de l'avaluació de necessitats, l'única escala validada en població espanyola és la CAN. Per a l'avaluació de la discapacitat, que segons les autores, és la categoria que engloba el funcionament social, general i les habilitats de la vida quotidiana, les escales validades o adaptades en població espanyola són les següents: l'escala desenvolupada per l'OMS, WHO-Disability Assessment Schedule (WHO-DAS), validada per Vázquez-Barquero et al. (2000); la Disability Assessment Schedule II (DAS-II) (Schubar, 1986), adaptada al castellà per Montero et al. (1988); EEAG; la LSP; l'escala Basic Everyday Living Schedule (BELS) (O'Driscoll i Left, 1993) validada per Jiménez et al. (2000); la Independent Living Skills Survey (ILSS) (Wallace, Kochanowicz i Wallace, 1985) validada per Fernández-Larrinoa et al. (1994) i la Social Functioning Scale (SFS) (Birchwood, et al., 1990) validada per Torres i Olivares (2005).

En la població forense, trobem que el terme *funcionament social*, de la mateixa manera que en la població general, pot referir-se a una gran varietat de dominis. Els estudis sobre

funcionament social en el medi penitenciari són escassos i s'hi utilitza aquest terme de manera indistinta quan es parla de funcionament clínic, funcionament cognitiu, o funcionament psicosocial. Cal destacar que el funcionament social, dins l'àmbit forense, pot veure's afectat per altres aspectes com el risc, la reincidència, la recuperació, els trets de personalitat, la capacitat intel·lectual o el consum de substàncies (Shinkfield i Ogloff, 2014). Aquest fet pot explicar la dificultat per obtenir eines que cobreixin tots els dominis del funcionament social en el medi forense/penitenciari.

Només trobem una escala per avaluar el funcionament social que s'hagi dissenyat específicament per a la població forense. Es tracta de l'escala Hospital Social Functioning Questionnaire (Willmot i McMurrin, 2015). Els autors, a través de *focus groups* amb pacients d'una unitat forense de trànsit a la comunitat, van establir un total de set àrees que es van concretar en un qüestionari autoinformat de funcionament social. L'escala té 19 ítems, amb un format de resposta de 0: la major part del temps a 4: mai. L'escala va obtenir un acceptable nivell de consistència interna i els resultats apunten a que pot ser una eina millor que la GAF. Els autors justifiquen que la puntuació única i total de la GAF es veu afectada per variables com el risc d'auto o heteroagressivitat, que fa que la valoració total del funcionament general sigui més baixa del que hauria de ser, si no es considerés aquesta variable. Aquest instrument encara es troba en procés de desenvolupament, per la qual cosa no està disponible en el nostre entorn.

La població ingressada en UPP, presenta moltes de les variables que es relacionen amb el funcionament social. Entre d'altres, trobem una elevada prevalença dels trastorns psicòtics, major prevalença de trastorns de la personalitat i major comorbiditat amb trastorns per ús de substàncies, així com un dèficit en l'assoliment dels rols definits per la societat; per tant, podem pensar que l'afectació en el funcionament social serà major. Tanmateix, el pacient ingressat en una unitat psiquiàtrica forense pot romandre més temps del que seria estrictament necessari pel tractament de la seva patologia, i fins i tot, un cop lliure de simptomatologia, per consideracions judicials i o penals, i aquest fet contribueix a augmentar l'afectació en el funcionament social (Mullen, 2000).

Les variables forenses, judicials i penals fan que la durada mitjana de l'atenció hospitalària forense/penitenciària sigui sovint significativament superior a la de la població ingressada en unitats civils (Turner i Salter, 2008).

Aquestes evidències ens obliguen a considerar que l'avaluació del funcionament social, amb l'objectiu d'intervenir en el grau que sigui necessari per a no contribuir al seu

empitjorament, és crucial en aquesta població, però no disposem d'escala específiques per a pacients forenses i hem de fer ús de les que estan disponibles per a la població general.

Les escales per a població general avaluen dominis que reflecteixen les demandes d'una vida independent a la comunitat. Hi ha, doncs, un desacord entre els dominis avaluats per aquestes escales i les experiències viscudes per pacients psiquiàtrics ingressats, i en particular per pacients ingressats en UPP. Les oportunitats de participar en activitats de la vida diària, en activitats laborals o d'oci, així com la interacció familiar i les relacions íntimes, estan limitades i altament controlades. La majoria de les interaccions interpersonals d'aquests pacients es fan amb professionals de la salut mental o altres pacients, i cap d'aquestes interaccions coincideixen amb les categories que conformen les mesures existents (Burns i Patrick, 2007).

Tot i això, es presenten a continuació les escales de funcionament general i social que considerem més adients per a l'avaluació de la població amb malaltia mental que es troben a les unitats psiquiàtriques.

En l'àmbit del funcionament general considerem que l'escala EEAG és l'escala d'elecció, ja que és la més àmpliament utilitzada en salut mental. El motiu és que a l'antiga classificació per eixos del DSM-VTR, la puntuació de l'EEAG constituïa l'eix V. El DSM-V segueix avaluant les mateixes àrees de funcionament, però no en format axial. Actualment, s'anoten de manera separada els diagnòstics dels factors contextuals i socials (abans Eix IV), així com la discapacitat (Eix V). Aquesta classificació és més coherent amb les guies CIE de l'OMS, que consideren l'estat funcional de l'individu a part dels seus diagnòstics o de la seva situació simptomatològica.

Es tracta d'una escala numèrica (de 0 a 100) heteroadministrada respecte al funcionament social, ocupacional i psicològic. Les puntuacions més altes indiquen un millor funcionament. L'EEAG és una mesura del funcionament global independent de les diferències entre cultures. Les variables de funcionament clínics i socials són determinants de la seva puntuació. Es pot consultar l'escala EEAG a l'Annex 4.

L'escala EEAG o GAF, s'ha fet servir en l'àmbit forense en diversos estudis, en molts dels quals per ser utilitzada com a *gold standard* en la validació d'altres instruments (Romeva et al., 2010; Talina et al. 2013; Castelleti et al., 2014) o bé per avaluar el funcionament

general en mostres forenses (Harty et al., 2003; Way, Smith i Swayer, 2004; Alia-Klein, Rourke, Goldstein i Malaspina, 2007; Thomas et al., 2008; Davoren et al., 2012).

Considerem que aquesta escala pot ser utilitzada en el medi forense ja que, per exemple, el domini d'activitat social es pot extrapolar a l'àmbit de les relacions amb el personal i els companys de la UPP i l'activitat laboral es pot extrapolar a les activitats que el pacient realitza a la unitat vinculades als tallers educatius, del tipus ocupacional i prelaboral. Pel que fa a les relacions familiars, a pesar de la manca de relació diària i continuada, la relació que el pacient estableix en les trucades a la família i en les trobades familiars permeten considerar aquest domini per ser avaluat.

Shinkfield i Ogloff, (2015), van realitzar un estudi sobre l'ús i la interpretació de les mesures de resultat rutinàries a Austràlia. Els professionals sanitaris australians estan obligats, per l'administració sanitària, a realitzar avaluacions rutinàries als pacients hospitalitzats en qualsevol medi, inclòs el forense i també als que es troben en tractament ambulatori. L'escala HoNOS, i l'escala LSP-16, són les escales d'obligat emplenament. Els autors refereixen que els professionals de l'àmbit hospitalari forense i/o penitenciari ometen respondre a alguns ítems en particular. En el cas de l'HoNOS els ítems que més freqüentment s'ometen són els referits a problemes amb les condicions de vida i amb l'ocupació. Pel que fa a l'LSP-16, els ítems que més s'ometen són els que fan referència a la capacitat del pacient per establir i mantenir relacions d'amistat, al comportament irresponsable, a la responsabilitat de prendre la medicació, o al tipus de feina que seria capaç de fer. Tot i això, els autors refereixen que aquestes escales, que es van desenvolupar en el context de la població general, poden ser utilitzades en el context forense, però que la seva fiabilitat és menor en alguns camps. També remarquen que en l'àmbit forense, sovint, és més difícil accedir a prou informació respecte al funcionament previ del pacient, i que, per tant, alguns ítems poden no reflectir, adequadament, el nivell de comportament problemàtic.

Pel que fa al funcionament social, considerant les eines que tenim al nostre abast, disponibles i validades en població espanyola, l'escala de referència és l'LSP, que podeu consultar a l'Annex 5.

L'escala LSP es va desenvolupar com una mesura sobre aspectes del funcionament social i de les habilitats per a la vida, amb l'objectiu d'avaluar l'adequació i l'èxit social de les persones amb esquizofrènia que viuen a la comunitat o a l'hospital. Tenint en compte que

moltes de les habilitats avaluades són rellevants en altres trastorns psiquiàtrics, la LSP s'ha aplicat a una àmplia varietat de diagnòstics. L'LSP consta de 39 ítems que avaluen el funcionament durant els darrers tres mesos. L'anàlisi factorial va suggerir les següents subescales:

Autocura (puntuació de 10-40): fa referència a aspectes com la higiene, la dieta, la vestimenta o a la cura del tractament. El conjunt d'ítems és aplicable a les UPP.

Comportament social interpersonal (10-40): es refereix a aspectes com l'adequació de conductes i l'actitud en situacions socials. Aquests ítems s'ajusten de manera especialment encertada a l'àmbit de la població de les UPP. En el cas de l'ítem 36, que fa referència a tenir problemes amb la policia, s'extrapola als comportaments antinormatius del medi penitenciari.

Comunicació i contacte social (6-24): es refereix a les habilitats comunicatives, la participació i la relació social amb l'entorn. Els ítems que conformen aquesta subescala són aplicables a la població de les UPP. En el cas del ítem 39, que fa referència al manteniment d'amistats, s'extrapola al tipus de relacions que manté l'usuari amb els seus iguals i amb els professionals.

Comportament social no personal (6-24): avalua la cura dels espais, del material aliè i la responsabilitat social. Tots els ítems són aplicables, però l'ítem 38, que fa referència al comportament irresponsable, es circumscriu a l'àmbit de les tasques que té assignades i de les quals és responsable dins la unitat, donada la limitació pel que fa a comportaments responsables en la societat.

Vida autònoma (7-28): fa referència al nivell d'autonomia de diferents àrees. Aquesta àrea conté alguns ítems que dins l'àmbit penitenciari requereixen ser interpretats. Per exemple, l'ítem 22 que fa referència a la possibilitat de participar en organitzacions socials, anar a l'església o al club; s'extrapola a l'assistència a les activitats que són voluntàries dins la unitat, com pot ser el poliesportiu, el club social, o si participa en les propostes d'oci.

El rang de puntuació total és de 39 a 156. La puntuació més baixa indica major disfunció i més empobriment en habilitats de la vida diària.

L'ús d'aquesta eina obliga a la reinterpretació d'alguns dominis quan se'n fa ús en l'entorn d'hospitalització forense o penitenciari, per la qual cosa s'ha de ser acurat a l'hora d'extreure conclusions definitives del funcionament social del pacient.

## 6.2. Qualitat de vida

Dins de la psiquiatria forense, el concepte de qualitat de vida (QV) és relativament nou, tot i això, ha estat més estudiat que altres constructes, com el funcionament social. Com veurem, però, aquests dos conceptes solen solapar-se. Les primeres publicacions sobre QV en psiquiatria forense són de finals dels anys noranta (Van Nieuwenhuizen, Schene, i Koeter, 2002). La major part dels estudis es refereixen a les poblacions forenses residents en unitats de llarga durada (*long-term o long-stay*). Com hem explicat a l'apartat sobre l'atenció psiquiàtrica a la resta d'Europa, l'ingrés en hospitals forenses per temps indefinit o de per vida és una pràctica estesa en diversos països i comporta que les unitats psiquiàtriques forenses tinguin una funció residencial, per la qual cosa l'estudi de la QV d'aquests pacients està prenent més interès que en el nostre entorn.

El de qualitat de vida és un concepte ampli que engloba aspectes com el funcionament físic (per exemple, la capacitat de realitzar activitats diàries), el funcionament psicològic (per exemple, benestar emocional i mental), el funcionament social (per exemple, les relacions amb els altres i la participació en activitats socials) i la percepció de la salut estat, el dolor i la satisfacció general amb la vida (Berlim i Fleck, 2003). El concepte QV generalment es considera multidimensional i inclou tant indicadors objectius com subjectius (Fakhoury i Priebe, 2002). Els indicadors objectius fan referència a la disponibilitat de recursos i a les condicions de vida objectives, i els indicadors subjectius es refereixen a les avaluacions subjectives de la pròpia vida (Carpiniello, Lai, Pariente, Carta, i Rudas, 1997). La QV objectiva està influïda per variables sociodemogràfiques i clíniques (per exemple, edat, estat civil, estat funcional), mentre que la subjectiva està influïda per la percepció i la perspectiva del pacient (per exemple, satisfacció del servei, autoestima) (Ruggeri et al., 2005). Segons Mercier (1994), per a una avaluació vàlida de la QV dels pacients de les UPP, s'hauria de tenir en compte, la seva vida quotidiana, les seves experiències en l'atenció psiquiàtrica i les seves percepcions sobre aquestes experiències.

### Avaluació de la qualitat de vida

Els instruments més utilitzats per a l'avaluació general de la QV i validats en el nostre entorn són els següents: l'escala desenvolupada per l'OMS, WHO-Quality of Life-100 (WHOQoL-100) i la seva forma abreujada WHOQoL-Bref (The WHOQOL Group, 1998; The WHOQOL Group, 1995; Lucas, 1998) i la Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP) (Oliver, Huxley, Priebe i Kaiser, 1997; Vázquez-Barquero, Gaité i Usieto, 1997). En la revisió de Casas et al. (2010) s'inclou l'escala SF-36 que també es pot classificar com a una eina d'avaluació de la salut general i el benestar.

L'únic instrument d'avaluació de qualitat de vida elaborat específicament per a malalts mentals en l'àmbit forense/penitenciari és el Forensic Quality of Life – FQL (Vorstenbosch, Bulten, Bouman i Braun, 2007), del qual recentment s'ha desenvolupat la versió curta (FQL-SV, Schel, Bouman, Vorstenbosch i Bulten, 2017). A més d'un domini global de QV que consta de 3 elements, l'FQL inclou 17 ítems objectius i 111 ítems subjectius que cobreixen 14 dominis: activitats, sortides o permisos, residència, nutrició, higiene, salut, sexualitat, relacions socials, altres residents, personal diari, afecte, autonomia, autoactualització i religió. Atès que els pacients d'aquests recursos poden mostrar hostilitat contra el sistema que els manté detinguts, l'FQL també conté un ítem sobre l'acceptació de l'estada.

L'FQL ha estat desenvolupat per ser utilitzat en un entorn psiquiàtric forense (a llarg termini) i les seves propietats psicomètriques han estat provades en dos centres especialitzats d'atenció psiquiàtrica a llarg termini dels Països Baixos (Vorstenbosch, Bouman, Braun i Bulten, 2014). Les propietats psicomètriques de l'FQL són acceptables per a tots els seus dominis. L'FQL disposa d'una versió per al personal amb l'objectiu de poder discutir i treballar sobre les discrepàncies en els resultats del pacient i del personal. La versió curta de l'FQL-SV consta de 19 ítems i s'ha desenvolupat per permetre avaluar els resultats del tractament, l'efectivitat de les intervencions terapèutiques i l'avaluació del servei amb més freqüència (Schel et al., 2017). Malauradament aquesta escala encara no està validada en població espanyola.

A l'hora d'escollir un instrument per avaluar la QV en el medi psiquiàtric penitenciari ens trobem amb les mateixes dificultats esmentades en l'apartat dedicat al funcionament social. Tot i l'acceptació de l'ús de les escales WHOQoL i LQoLP, aquests instruments no han mostrat ser útils en la nostra població. L'experiència en l'administració d'aquestes eines ha evidenciat problemes per als pacients en haver de respondre a ítems que no s'ajusten al context forense, fet que causa, tot sovint, l'abandonament de la prova o l'omissió de molts dels ítems.

En els instruments heteroadministrats el professional pot extrapolar el contingut dels ítems salvant la inadequació del context, però quan els instruments són autoadministrats, com el cas d'aquestes dues escales, l'extrapolació dels ítems és més complex.

D'aquesta manera, en les avaluacions autoadministrades, el nombre d'ítems que no s'adeqüin a l'entorn ha de ser el mínim possible. Per aquest motiu, tot i ser una eina més propera a la valoració del benestar social, l'escala d'elecció en la població de les UPP ha estat l'escala SF-36. En aquesta escala, només els conceptes relacionats amb la feina i amb les relacions socials es consideren inadequats. En aquests casos, s'informa al pacient de com reinterpretar el contingut de l'ítem.

L'SF-36 és una escala multidimensional que consta de 36 ítems que s'inclouen en 8 dimensions relacionades amb la salut. Es pot consultar l'escala SF-36 a l'Annex 6

**Funció física:** avalua el grau en què la salut limita les activitats físiques com l'autocura, caminar, pujar escales, inclinar-se, agafar pesos o fer esforços moderats o intensos.

**Rol físic:** que valora el grau en què la salut física interfereix en la feina i altres activitats diàries, incloent un rendiment més baix del desitjat, una limitació o la dificultat en la realització de les activitats.

**Dolor corporal:** avalua la intensitat del dolor i el seu efecte en la feina habitual.

**Salut general:** valora la salut que inclou l'esta actual, les perspectives de futur i la resistència a emmalaltir.

**Vitalitat:** avalua el sentiment d'energia i vitalitat en front del sentiment d'esgotament i cansament.

**Funció social:** avalua el grau en què els problemes de salut física o emocional interfereixen en la vida social habitual.

**Rol emocional:** que valora el grau en què els problemes emocionals interfereixen en la feina i altres activitats, la reducció del temps dedicat a aquestes activitats, i un rendiment més baix del desitjat.



Salut mental: avalua la salut mental en general, que inclou depressió, ansietat, control de la conducta i control emocional.

Els ítems es puntuen i se sumen per proporcionar una escala que va de 0 a 100 (0 = mala salut i 100 = bon estat de salut). Les puntuacions més altes indiquen una millor de la qualitat de vida respecte a la salut.

### **6.3. Psicopatologia i personalitat**

Com hem exposat anteriorment, les diferències entre països europeus pel que fa als marcs legals sota els quals es defineix la psiquiatria forense defineixen el perfil de pacients que ingressen en les UPP. Aquest fet, ens afecta de manera particular quan volem analitzar el perfil psicopatològic dels pacients.

Segons l'estudi de Sampson et al. (2016) els 18 països europeus analitzats, inclouen com a criteris d'ingrés en les UPP els pacients amb diagnòstics de trastorn psicòtic, de trastorn de la personalitat, de trastorns de l'estat d'ànim, de trastorns per ús de substàncies i de trastorns cognitius i del neurodesenvolupament, com les discapacitats intel·lectuals. Ara bé, la diferència recau en el fet que alguns d'aquests països exclouen la presència d'alguns d'aquests trastorns, quan es presenta de manera única. Països com Irlanda, Letònia, Lituània, Macedònia, Espanya i Suïssa, no consideren l'ingrés a les UPP, quan es presenta un trastorn de la personalitat o bé un trastorn per ús de substàncies, si no és comòrbid a un trastorn mental sever. Aquest fet fa que els estudis entre països pel que fa al tipus de diagnòstic difereixin notablement i, per tant, dificultin la comparativa. Així que, ens centrarem a reportar les dades que tenim del nostre territori.

Ens referirem de nou al estudi de Capdevila i Ferrer (2007), sobre una mostra de pacients ingressats el 2005 en les UPP: IPCPHB, IPCPB1, UPQC i UHPP-C. El nombre d'interns que l'any 2005 van passar per les unitats de psiquiatria esmentades, va ser de 342 persones. En percentatge, això suposava el 6,74% del total de la població penitenciària d'aquests centres.

El 63,2% tenia com a mínim un diagnòstic de trastorn mental, mentre que el 36,8% no en tenia cap. Aquesta dada s'explica pel fet que l'estudi recollia els ingressos que tenien com a mínim un dia de durada. La mitjana de diagnòstics diferents per persona era de 3,2.

Les esquizofrènies i els trastorns psicòtics estaven presents en el 61,7% de les persones que havien rebut com a mínim un diagnòstic. El 52,8% tenia un diagnòstic de trastorn de personalitat. Els trastorns per substàncies estaven presents en el 31,6% dels subjectes i els trastorns d'ànim es presentaven en el 15,4% dels subjectes.

Aquestes dades coincideixen amb els estudis americans i canadencs citats per Vicens (2006), que situaven aquest percentatge entre el 50% i el 75% dels interns que rebien un diagnòstic, i amb el metaanàlisi de Fazel i Danesh (2002) que reportava que el 42% d'interns tenien un trastorn de la personalitat.

Com mostren les dades, la comorbiditat de diagnòstics en les UPP és molt elevada, especialment pel que fa a la prevalença de trastorns psicòtics i trastorns de la personalitat.

L'avaluació d'aquests dos grans grups de trastorns sol realitzar-se, per part de psiquiatres i psicòlegs clínics, mitjançant l'entrevista diagnòstica que explora la presència de criteris diagnòstics pels dos tipus de trastorn, com són les entrevistes de criteris DSM-IV, SCID I en el cas dels trastorns de l'Eix I, i l'SCID II pel que fa als trastorns de l'Eix II.

Existeixen multitud d'eines diagnòstiques, específiques per a cada trastorn, però no és tant freqüent trobar eines que permetin avaluar l'evolució dels símptomes. Pel que fa a trastorns com l'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics, l'eina més àmpliament utilitzada és la Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay et al., 1987; Peralta i Cuesta, 1994). L'escala PANSS és un instrument que avalua el síndrome positiu i negatiu i la psicopatologia general des del punt de vista dimensional (gravetat del quadre) i des del punt de vista categorial (predomini de símptomes positius o negatius). Es pot consultar l'escala PANSS a l'Annex 7.

El nombre d'estudis que han fet ús de la PANSS en pacients ingressats en UPP és escàs. D'entre els estudis publicats, alguns fan ús de la PANSS com a mesura de resultat amb relació a la violència (Teixeira i Dalgarrondo, 2009; Abidin et al., 2013; O'Reilly et al., 2015), d'altres relacionen el resultat de la PANSS amb els canvis entre unitats de diferent nivell de seguretat (Davoren et al., 2012;2013), i d'altres utilitzen la PANSS per valorar programes d'intervenció de cognició social i de metacognició (Naughton et al., 2012; Ibishi et al., 2013; O'Reilly et al., 2015).

Quan ens enfrontem a l'avaluació dels trastorns severos, cal fer menció al concepte d'*insight*, o de la consciència de malaltia. Una escassa consciència de malaltia s'associa a un pitjor

compliment terapèutic (McEvoy et al., 1989; Haro Ochoa i Cabrero, 2001, Lacro et al., 2002) i amb un pitjor funcionament social (Lysaker et al., 1998). Aquest fet és particularment destacable en els pacients violents, ja que alguns estudis han mostrat que la no adherència a la medicació pot incrementar els risc de comportaments violents (Swanson, 2004). Torrey (1998) va hipotetitzar que la manca d'*insight*, pot comportar la manca d'adherència a la medicació i en conseqüència l'aparició de conductes violentes. De fet, cal destacar que eines com l'HCR-20 inclouen entre els ítems clínics la capacitat d'*insight*. Tot i així, existeixen pocs estudis que hagin estudiat la relació de l'*insight* amb la violència.

En mostres forenses, destaca l'estudi de Alia-Klein et al. (2007), en que pretenia relacionar la manca d'*insight* amb la no adherència al tractament i la violència, en una mostra de pacients forenses ingressats. Els resultats indiquen que, en general, la no adherència al tractament, explicava, en part, el comportament violent contra els altres. Però també van trobar que l'adherència al tractament era independent de l'*insight*. La recomanació dels autors és que pot ser més útil desenvolupar estratègies de tractament per augmentar l'adherència a la medicació sense abordar directament la comprensió de la malaltia. El tractament que aborda l'adherència als medicaments ha de centrar-se en les conductes de consum de substàncies, ja que aquest últim va ser responsable d'un augment substancial de la violència entre els participants.

En aquest estudi, l'avaluació de l'*insight* es va fer amb l'escala Scale of Unawareness of Mental Disorder (SUMD) (Amador i Strauss, 1990) que va ser validada en població espanyola per Ruiz et al. (2008). Es pot consultar l'escala SUMD a l'Annex 8.

Els trastorns de la personalitat, com hem vist en les dades presentades, són molt prevalents entre els pacients ingressats en les UPP. A l'estudi d'Escuder-Romeva, Gomollón i Vicens (2009), d'entre els 243 pacients ingressats a la UHPP-C, el 31,1% de la mostra presentava algun diagnòstic de trastorn de la personalitat. D'aquests, l'11% tenia un diagnòstic del clúster A (esquizotípic, esquizofreniforme, paranoide); el 48,2% del clúster B (antisocial, límit, histriònic i narcisista) i un 2% del clúster C (evitació, dependència, obsessiu). És important destacar que el 38,4% de la mostra presentava un trastorn de la personalitat no especificat. Els autors argumenten que l'alta prevalença de pacients immigrants en la mostra dificulta l'avaluació del trastorn de personalitat, ja que és un trastorn lligat a la cultura. Tot i això, és comú trobar aquest tipus de diagnòstic no especificat quan el pacient

no pot ser classificat en cap dels altres i s'evidencia una estructura de personalitat disfuncional.

Respecte als instruments que avaluen els trets de la personalitat, segons Ryan (2014) les eines típicament utilitzades en el medi forense són la Psychopathy Check List –Revised (PCL-R) (Hare, 1991; Moltó, Poy i Torrubia, 2000), el Personality Assessment Inventory (PAI) (Morey 1991; Ortiz-Tallo 2011), i el Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) (Millon, 1997; 2000).

Aquestes eines reporten informació sobre els trets de personalitat dels pacients i, per tant, informen sobre el perfil de funcionament del subjecte.

L'escala PCL-R, específica per a determinar la presència de trets psicopàtics, és utilitzada a les UPP, però no de manera genèrica; així, només davant la sospita de la presència d'aquests trets es procedeix a valorar-los.

De manera més genèrica es fa ús de les eines com l'MCMI-III o el PAI. L'Inventari PAI és un qüestionari multidimensional de personalitat per a ús clínic i forense. És l'única eina que ha estat validada per població forense i, per tant, és considerada l'eina d'elecció en les UPP.

## **7. La rehabilitació en les unitats psiquiàtriques penitenciàries**

L'objectiu de la rehabilitació en salut mental és ajudar a les persones que pateixen malalties mentals greus i cròniques perquè desenvolupin les habilitats emocionals, socials i intel·lectuals necessàries per poder viure, aprendre i treballar en el context comunitari, amb el mínim suport possible dels professionals de diferents àrees (Cohen, Anthony i Farkas, 1997). La rehabilitació és el conjunt d'estratègies d'intervenció farmacològica, psicològica i social, aplicades al pacient. (Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009).

La rehabilitació no és ni una tècnica particular, ni un tipus d'intervenció, sinó un camp i un servei dins del sistema de salut mental. La rehabilitació hauria de promoure una visió de recuperació o de l'obtenció d'un projecte de vida, més que simplement un suport adaptatiu o de supervivència a la comunitat (Farkas, 2007).

En els entorns restrictius, la rehabilitació té l'objectiu de reduir la discapacitat causada per dificultats severes produïdes pels trastorns de la salut mental i, així, poder accedir a nivells més baixos o lliures de restricció (Kopelowicz et al., 2003). Això s'aconsegueix a través d'intervencions farmacològiques, psicològiques, educatives i socials, basades en l'evidència (Craig, 2006) que promouen la recuperació i potencien les habilitats necessàries per a dur una vida autònoma i independent.

El focus del tractament basat en la recuperació no només consisteix en la recuperació de les habilitats, sinó que segons Robinson et al. (2004) hauria d'incloure la consecució de quatre propòsits: trobar esperança; restablir la identitat; trobar significat a la vida, i potenciar la responsabilitat en la recuperació.

A la Declaració de Consens de l'Associació Mundial de Rehabilitació Psicosocial (1997) es recomana aplicar les estratègies en un context en què la comunitat, els individus i la família estiguin involucrats, per aconseguir millors resultats.

Els seus components a escala individual són els següents:

- Tractament farmacològic: l'accés a una medicació apropiada redueix símptomes i prevé recaigudes.

- Preparació per a la vida independent: es prepara el subjecte per a una vida independent i per mantenir vincles socials. Aquestes activitats diàries inclouen: vestir-se, alimentar-se, tenir cura de la pròpia higiene i saber gestionar-se adequadament en situacions socials. Aquestes intervencions s'han de fer en un context real i quotidià.
- Suport psicològic a pacients i les seves famílies: és de gran importància en el procés de rehabilitació assessorar sobre els drets que tenen pacients i els seus familiars. El suport psicològic es pot proporcionar a través de diferents tècniques.
- Allotjament: es tracta d'un component bàsic a l'hora del retorn de l'internament psiquiàtric. Hi ha diverses estratègies segons els recursos i les normes culturals: allotjaments individuals o compartits, o alternatives d'habitatges en grup, amb l'acceptació de l'usuari i sempre amb personal especialitzat que se'n faci càrrec.
- Rehabilitació vocacional i d'ocupació: treballar augmenta l'autoestima de l'usuari, posa fi a la dependència i a la pobresa, i augmenta la possibilitat de socialitzar-se. La formació professional hauria d'iniciar-se en el marc hospitalari i, després, aplicar-se en tallers protegits en el mercat laboral.
- Xarxes de suport social: són un conjunt de relacions humanes duradores i positives que estableixen un impacte emocional, físic, econòmic i intel·lectual en els subjectes i que milloren la seva qualitat de vida.
- Oci: accedir a activitats d'oci i poder triar-les lliurement, és indispensable en la millora de la capacitat de recreació.

Com podem observar, a l'hora de realitzar intervencions dins les UPP, es fa difícil poder realitzar-les en l'entorn real i quotidià que es recomana. Així, en el cas de les UPP de les presons catalanes, s'han hagut d'adaptar aquestes recomanacions i ampliar les intervencions en camps concrets com el del risc de la violència.

Segons Ferrer, Caballé i Godó (2004) el procés de la rehabilitació en salut mental en l'àmbit penitenciari té unes característiques especials. El projecte vital del pacient s'inicia en un mitjà exclòs de la societat, després d'haver dut a terme un delicte, habitualment en el context d'una descompensació clínica o consum de tòxics que ha agreujat la simptomatologia. Aquest fet determina que quan el pacient és admès a una UPP el primer que s'ha de procurar és que elabori l'actuació que ha donat lloc a aquest ingrés, i, al mateix temps, aprendre a conviure amb aquesta part de la seva història vital i incorporar l'estigma

social que comporta, que s'afegeix a les pròpies dificultats de la persona que pateix una malaltia mental.

L'objectiu és que la persona, tot i ser en el medi penitenciari, aconseguixi crear un nou projecte vital en el qual pugui incorporar el que és com a persona, el que vol fer a la vida i com desenvolupar-ho, i que pugui mantenir una adequada convivència amb altres persones seguint unes normes de comportament social que ajudin al desenvolupament i creixement en la societat.

En el tractament i la rehabilitació dels pacients ingressats en les UPP, la cura pot ser un objectiu poc realista per a molts pacients, ja que la majoria pateixen trastorns crònics. Els objectius del tractament en aquest entorn se centren en la reducció de símptomes, l'estabilització, el desenvolupament de la vida i les habilitats socials, i les habilitats per afrontar millor l'estrès, amb l'objectiu de permetre que aquests pacients passin d'hospitals altament restrictius a entorns menys restrictius (Müller-Isberner i Hodgins, 2000). Com que aquests pacients sovint presenten una malaltia greu però es reconeix l'heterogeneïtat entre ells, s'ha postulat que a causa de les seves diverses necessitats la planificació de serveis haurà de centrar-se en paquets de tractament individualitzats basats en avaluacions individuals de necessitats, dirigides a diferents problemes individuals que inclouen múltiples components i han de ser planificats i organitzats en una perspectiva a llarg termini (Müller-Isberner i Hodgins, 2000; Thomas et al., 2004).

La rehabilitació en les UPP es realitza sobre la base de tres eixos principals: l'eix psicoterapèutic, l'eix educatiu i social i l'eix d'autocura i habilitats de la vida diària. Cadascun d'aquests eixos està vinculat a un tipus de professional, però la multidisciplinarietat dels equips comporta la coordinació continuada i la responsabilitat compartida en l'atenció d'aquests eixos.

L'eix psicoterapèutic inclou les intervencions psiquiàtriques i psicològiques. L'atenció a l'estabilitat del quadre psiquiàtric i el tractament farmacològic recau en la figura del psiquiatra a través de visites individuals.

L'atenció psicològica comporta intervencions individuals i grupals. Les intervencions individuals tenen per objectiu l'avaluació de l'estat psicopatològic, dels trets de personalitat, del nivell intel·lectual i les funcions cognitives, així com respecte al consum de tòxics i el risc de violència o de reincidència. Les intervencions individuals tenen també la finalitat del

tractament psicoterapèutic específic a les necessitats del pacient. Les intervencions grupals en les UPP, es divideixen en tres tipus: els grups psicoeducatius, l'entrenament metacognitiu i el grup de patologia dual.

Els objectius de les intervencions grupals psicoeducatives són aportar informació comprensible sobre la malaltia mental; facilitar la capacitat de reconeixement i identificació dels símptomes i signes de la malaltia; incrementar la comprensió i habilitat d'afrontament de l'estrès; incidir en la responsabilitat envers el trastorn i el tractament; elaborar la vivència de l'estigma; incrementar l'autocontrol emocional; potenciar l'autoestima i propiciar l'adherència al tractament, així com aportar informació sobre recursos sanitaris i socials (Goldman, 1988; Rebolledo i Lobato, 2002).

La psicoeducació és actualment considerada com a part del tractament de trastorns com l'esquizofrènia i, per tant, s'ha d'oferir també als pacients de les UPP (Müller-Isberner i Hodgins, 2000). Pocs estudis s'han dut a terme per a determinar l'eficàcia de la psicoeducació en entorn forense amb estudis controlats. Un d'ells és l'estudi d'Aho-Mustonen et al. (2011) dut a terme en pacients amb esquizofrènia ingressats en una unitat forense a Finlàndia. Els resultats van determinar que els pacients forenses es beneficiaven d'aquesta intervenció i que els àmbits en què més millora hi havia, al finalitzar el tractament, eren el de l'autoestima i de l'*insight*. En un estudi de Walker et al. (2012) realitzat en un hospital d'alta seguretat d'Escòcia, es va avaluar l'eficàcia d'un programa psicoeducatiu en un grup de pacients amb patologia psicòtica en comparació amb un grup control que rebia el tractament usual. Els resultats indicaven que els pacients milloraven en el coneixement i la comprensió de la malaltia i del tractament, així com en la capacitat d'*insight*.

L'entrenament metacognitiu (EMC) és una intervenció que se centra en els biaixos cognitius de l'esquizofrènia i d'altres trastorns (Moritz i Woodward, 2007a, 2007b). Aquesta intervenció s'ha comprovat efectiva en la reducció dels símptomes positius, en la depressió i també en la consciència dels pacients sobre aquests símptomes i les distorsions associades. En població forense es va fer un estudi controlat sobre l'efectivitat del EMC en pacients d'un hospital de Finlàndia (Kuokkanen et al., 2014), que reporta que en el grup EMC va disminuir les vivències delirants de suspicàcia però no van poder establir diferències entre els pacients forenses i els no forenses, ja que eren mostres molt petites.

Pel que fa a la intervenció grupal de patologia dual, inclou elements propis de la teràpia cognitiu-conductual, que ha demostrat el seu efecte en la millora del funcionament



(Haddock et al., 2003). La teràpia cognitiva-conductual en el tractament de la patologia dual incorpora elements com la prevenció de recaigudes; la identificació de situacions de risc; la planificació de la crisi; la modificació de l'estil de vida; la reestructuració cognitiva; l'entrenament en el maneig de l'estrès i de les emocions; el foment de la xarxa social sana; la identificació de les conductes impulsives i l'aportació d'informació sobre la relació entre el trastorn mental i el trastorn per ús de substàncies (Graña, 1994).

L'eix que inclou les intervencions educatives i socials és el propi de la intervenció rehabilitadora, tot i que s'han d'adaptar les activitats i els tallers a la realitat restrictiva de les UPP. En funció del pla d'intervenció i tractament individual elaborat per l'equip multidisciplinari, es vincula els pacients a diferents tipus de programes (Ferrer, Caballé i Godó, 2004). Diversos programes conformen la rehabilitació en les UPP. El programa d'educació permanent té com a objectiu assolir les habilitats i coneixements bàsics de la societat actual i facilitar l'accés als diferents nivells i modalitats d'educació. El programa prelaboral facilita un itinerari d'activitats que ofereix la possibilitat de participar en un procés d'adquisició d'habilitats bàsiques, de formació, d'ocupació i d'inserció laboral. El programa d'animació sociocultural, que té com a objectiu fomentar l'exercici i la participació activa de la persona en el seu mitjà de relació social, i el programa d'educació per a la salut té com a objectiu promoure una vida saludable, ajudant a comprendre les accions que afecten la seva salut i fomentant la presa de decisions per a una vida sana.

L'eix d'autocura i d'activitats de la vida diària recau en l'equip d'infermeria que desenvolupa diferents programes relacionats amb aquests àmbits, com són l'educació per a la salut, el programa d'activitats de la vida diària i el programa residencial. Els tallers vinculats a aquests programes inclouen tallers com el d'exercici físic, alimentació, son i repòs, hàbits de menjador, higiene corporal, manteniment de l'entorn, automedicació i relaxació, així com habilitats comunicatives i socials.

## **JUSTIFICACIÓ**



L'atenció a les persones que pateixen un trastorn mental i han comès un delictes, representa un repte per als serveis que atenen a aquestes persones. No tan sols han d'assistir i tractar al pacient, en relació amb el trastorn mental que pateix, sinó que han de garantir a la societat que les persones ateses no reincideixin en les conductes que els han dut a la presó. Aquest doble repte requereix accedir al màxim coneixement sobre les necessitats que presenten aquest perfil de pacients i assegurar-se que estem oferint-los els tractaments adequats durant el temps d'estada a les UPP per contribuir a la seva reinserció a la societat.

Conèixer el perfil de necessitats d'aquests tipus de pacients a través de l'anàlisi dels estudis publicats a la literatura ens permetrà augmentar el coneixement en aquest àmbit.

Com s'ha pogut demostrar al llarg de les dades presentades, aquests pacients tenen afectacions en moltes àrees. Són pacients que pateixen, majoritàriament, trastorns mentals severs i tenen una elevada comorbiditat amb trastorns de la personalitat i trastorns per consum de substàncies. L'ús de la violència, en la majoria dels casos, els ha dut al compliment d'una pena o una mesura de seguretat de privació de llibertat.

L'ingrés en UPP comporta la restricció de la llibertat, normalment, per un temps superior al que requereix l'estabilitat dels trastorns que pateixen. La suma d'aquests factors fa que el funcionament social d'aquestes persones que, en algun grau, ja estava prèviament afectat, pateixi un empitjorament per la pèrdua dels rols i el funcionament que conformen la vida dels subjectes en llibertat. L'ingrés comporta la pèrdua de les relacions familiars, les relacions socials, l'accés a l'àmbit laboral, i a la vida cultural i d'oci de la comunitat.

L'estudi de la relació entre les necessitats totals i no cobertes amb el funcionament social, i la qualitat de vida dels pacients ens permetrà identificar en quin grau es correlacionen aquests àmbits. Aquest coneixement ens permetrà saber si cobrint les necessitats dels pacients estem incidint també en el seu funcionament social i la seva qualitat de vida.

Les UPP proporcionen diferents tipus d'intervencions que s'han anat adaptant al perfil de pacients. Els pacients amb trastorns psicòtics són el perfil més prevalent i s'han dissenyat intervencions psiquiàtriques, psicològiques, educatives, socials i de cura de la salut, amb l'objectiu de millorar el seu estat psicopatològic, així com el seu funcionament general i social. La percepció dels professionals és que aquestes intervencions i tractaments beneficien els pacients però mai s'ha avaluat, amb mesures de resultat, l'efectivitat

d'aquesta atenció.

Els estudis que conformen aquesta tesi s'han realitzat amb l'objectiu de contribuir al coneixement sobre les necessitats que presenten els pacients ingressats en UPP i el l'afectació d'aquestes sobre el funcionament social.

## **OBJECTIUS I HIPÒTESIS**



## **OBJECTIUS**

### Objectiu 1

Revisar de forma sistemàtica la literatura existent sobre l'avaluació de les necessitats dels pacients ingressats en unitats psiquiàtriques penitenciàries/forenses, amb l'objectiu de conèixer el nombre i el tipus de necessitats més freqüents.

### Objectiu 2

Descriure les necessitats cobertes i no cobertes, segons el punt de vista del pacient i del personal, en una mostra de pacients ingressats en les UPP de Catalunya.

#### Objectiu 2a

Descriure les diferències en el nombre i tipus de necessitats en funció del nivell d'atenció de les UPP.

#### Objectiu 2b

Conèixer l'associació entre el total de necessitats, cobertes, i no cobertes, amb els nivells de funcionament general i psicosocial.

#### Objectiu 2c

Conèixer l'associació entre el total de necessitats, cobertes, i no cobertes amb la qualitat de vida i la consciència de malaltia.

### Objectiu 3

Analitzar l'evolució, al llarg de 12 mesos, de les necessitats en una mostra de pacients amb trastorn de l'espectre psicòtic ingressats en unitats de rehabilitació de les UPP.

#### Objectiu 3a

Analitzar l'evolució, al llarg de 12 mesos, dels símptomes psicòtics, dels trets de personalitat, del risc de violència, i del funcionament general/social, així com l'assistència als programes de rehabilitació.



## **HIPÒTESIS**

- El nombre de necessitats totals i no cobertes en les UPP de segon nivell serà menor que en les UPP de tercer nivell.
- El nombre de necessitats totals, cobertes i no cobertes, es relacionarà amb el funcionament general i psicosocial.
- Les necessitats totals, cobertes i no cobertes, es relacionaran amb la qualitat de vida i la consciència de malaltia.
- El nombre de necessitats no cobertes serà menor en l'avaluació als 6 i als 12 mesos que a l'avaluació basal.
- El funcionament general i social, els símptomes psicòtics i el risc de violència milloraran al llarg dels 12 mesos d'avaluació.
- Els trets de personalitat influiran en l'evolució de les necessitats.

## **MATERIAL I MÈTODE**



## **Estudi 1: Revisió sistemàtica de les necessitats dels pacients ingressats en unitats psiquiàtriques forenses**

Per dur a terme aquesta revisió s'ha seguit el protocol PRISMA.

### Pregunta

¿Quines necessitats han estat detectades en els/les pacients ingressats/des en unitats psiquiàtriques penitenciàries/forenses?.

### Estratègia de cerca

\* SearchTerms: “mental\*” OR “psychiatr\*” OR “psychol\*” AND “forensic” or “offend\*” AND “need\*”

\* Bases de Dades: Embase, Medline, ASSIA, CINAHL i Psychinfo fins al desembre de 2016.

### Criteris d'Inclusió dels articles

- \* Pacients: Pacients adults, ingressats en unitats psiquiàtriques forenses/penitenciàries
- \* Intervenció: Avaluació de les necessitats “personals / de tractament” avaluades amb l'escala CANFOR.
- \* Resultats: Nombre i tipus de necessitats.

### Criteris d'Exclusió dels articles

- \* Informes teòrics, casos pràctics i sèries de casos.
- \* Els articles sobre estudis que feien ús d'altres eines d'avaluació.

El motiu d'exclusió d'articles que utilitzessin altres escales d'avaluació, respon a la intenció inicial de realitzar una metaanàlisi de les dades unint les mostres de tots els estudis. Es pretenia obtenir un resum de totes les necessitats en els termes que planteja l'escala CANFOR, considerada l'escala de referència; per tant, es va decidir incloure els estudis que feien ús d'aquesta escala perquè els resultats que aporten altres escales són qualitativament diferents.

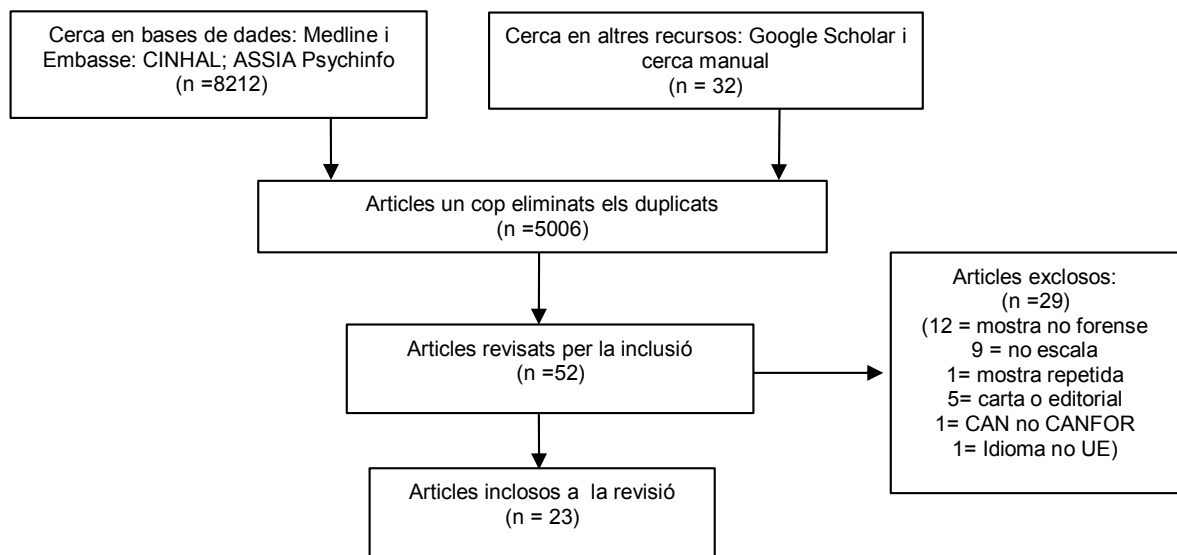
Com es mostra al Diagrama de Flux (Figura 1), es van identificar, inicialment 8074 publicacions, que es van completar amb 32 estudis addicionals extrets d'altres fonts (Google Scholar i cerca a mà). Un cop eliminats els duplicats, es van conservar 5006 publicacions. Els títols i els resums de les publicacions van ser revisats per dos revisors que van considerar que 52 articles complien els criteris d'inclusió. Dos revisors van llegir el text complet de cadascun d'aquests articles per tal de decidir-ne la inclusió o exclusió

definitiva. En cas que no s'aconseguís un consens, es demanava l'opinió d'un tercer revisor perquè adoptés la decisió final. La *K de Fleiss* es va executar per determinar l'acord entre revisors sobre la decisió d'incloure o excloure els articles per a l'anàlisi. Hi va haver un bon acord (Altman, 1991) entre les parelles de revisors,  $\kappa = .71$ , IC del 95% [.43, .99],  $p < .001$ .

Després de la revisió dels documents de text complet, 29 van ser exclosos. Finalment es van incloure en la revisió 23 articles. Es va comprovar la bibliografia d'aquests articles per identificar altres possibles estudis a incloure, però no es va trobar cap referència d'interès.

Les dades extretes dels treballs van ser les següents: primer autor; any de publicació; país en què es va realitzar l'estudi; objectiu principal de l'estudi; nombre de participants; gènere; tipus de diagnòstics i de delictes de la mostra; tipus de recurs; disseny d'estudi, i mesures de resultat utilitzades. Es van sotmetre els estudis definitius a una avaluació de qualitat basada en el nivell d'evidència avaluat per consens per dos autors, utilitzant la classificació de quatre nivells/classes de l'Agència per a la Investigació i la Qualitat en Salut Departament de Salut i Serveis Humans dels Estats Units ([www.ahrq.gov/](http://www.ahrq.gov/)) (Shojania et al., 2001).

Figura 1. Diagrama de flux de la cerca bibliogràfica



## **Estudi 2: Necessitats i funcionament social en una mostra de pacients ingressats a les UPP**

### Disseny:

Estudi descriptiu transversal.

### Participants:

L'estudi es va dur a terme en quatre unitats de salut mental del medi penitenciari. Es van seleccionar quatre UPP i dins d'aquestes es van triar un nombre de pacients a l'atzar basant-se en el nombre total de llits de cada UPP. Les UPP escollides van ser de segon i de tercer nivell d'atenció. Del segon nivell, es va escollir la IPCPB1, que disposa d'un total de 26 places. D'aquesta unitat es van incloure 11 pacients, i la IPCPHB, amb un total de 40 places, d'on es van incloure 18 pacients. La UPQC, amb una capacitat de 40 places, va incloure 22 pacients, i la UHPP-C amb una capacitat de 62 places, va incloure una mostra de 39 pacients entre homes i dones. Aquestes dues unitats són de tercer nivell.

La selecció de la mostra es va realitzar de manera aleatòria i sistemàtica, en que de la llista de pacients de cada unitat es va seleccionar un subjecte de cada cinc. Si el subjecte escollit no acceptava la participació en l'estudi es tornava a iniciar el procés escollint de nou un subjecte de cada cinc.

### Criteris d'Inclusió:

Pacients ingressats a les UPP.

### Criteris d'Exclusió:

Pacients amb diagnòstic únic de discapacitat intel·lectual.

Pacients en estat agut en el moment de la inclusió.

Pacients majors de 65 anys, a causa de les limitacions cognitives.

Un total de 90 pacients adults forenses van participar en l'estudi. Tots els pacients inclosos van signar el consentiment informat. Els pacients van ser entrevistats per a recollir les dades sociodemogràfiques, clíniques i judicials. Les entrevistes van ser dutes a terme per dos psicòlegs, un treballador social i un metge de família. Es va comptar amb els equips de les unitats per a completar la informació de totes les escales incloses a l'estudi.

L'aprovació per realitzar la investigació es va obtenir del Comitè de Recerca del PSSJD i el Comitè Ètic d'Investigació Clínica de la Fundació Sant Joan de Déu, així com el Comitè d'Investigació i Ètica de la Secretaria de Rehabilitació i Serveis Penitenciaris de Justícia Juvenil de la Generalitat de Catalunya.

#### Material:

**Dades sociodemogràfiques i criminològiques:** Es va dissenyar una entrevista específica per obtenir les dades rellevants, tant sociodemogràfiques, com clíniques, com judicials. Entre d'altres, es va demanar la data de naixement, el sexe, l'estat civil, l'origen ètnic, el diagnòstic i dades legals i judicials, com els delictes i la situació penal.

**Camberwell Assessment of Needs –Forensic Version (CANFOR)** (Thomas et al., 2003; Romeva et al., 2010). La descripció d'aquesta escala es pot consultar al punt 4.2.1. de l'apartat "Introducció" (pàg. 29).

**Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)** (Endicott et al., 1976; Bobes et al., 2002). La descripció de l'escala es pot consultar al punt 5.1. de l'apartat "Introducció" (pàg. 45).

**Life Skills Profile (LSP)** (Rosen et al., 1996; Bulbena et al., (1992). La descripció de l'escala es pot consultar al punt 5.1. de l'apartat "Introducció" (pàg. 46).

**SF-36 Health Survey Short Form (SF-36)** (Ware, 1993; Alonso et al., 1995). La descripció de l'escala es pot consultar al punt 5.2. de l'apartat "Introducció" (pàg. 50)

**The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD)** (Amador et al., 1990; Ruiz et al., 2008). L'escala SUMD avalua la consciència de trastorn. Per aquest estudi es van utilitzar els tres primers ítems de l'escala SUMD, que puntuen la consciència de patir un trastorn mental (SUM1), la consciència dels efectes de la medicació (SUM2) i la consciència de les conseqüències socials de trastorn mental (SUM3). L'escala té una puntuació d'1 a 5 i les puntuacions més altes indiquen un *insight* baix.

#### Anàlisi estadístic

Es va utilitzar l'estadística descriptiva per analitzar les necessitats cobertes i no cobertes i les dades sociodemogràfiques i criminològiques. Es van realitzar correlacions de Pearson

per relacionar les necessitats (totals, cobertes i no cobertes) amb l'LSP, EEAG, SF-36 i SUMD. Per determinar l'associació entre el nombre total de les necessitats, així com, el nombre de necessitats no cobertes amb les variables sociodemogràfiques, clíniques, judicials i psicosocials, es va utilitzar un model de regressió lineal múltiple per passos incloent les següents variables: edat, estat civil (casat o no) , nivell educatiu (educació primària o no), nacionalitat (espanyola o immigrant), diagnòstic (trastorns psicòtics i altres), la situació jurídica (pena o mesura de seguretat), els dies d'estada a la presó i les subescales de l'LSP, de l'SF-36 i la puntuació total d'EEAG, SUMD.



### **Estudi 3: Estudi longitudinal de les necessitats dels pacients amb trastorn psicòtic ingressats a les unitats de rehabilitació de les UPP**

#### Disseny:

Estudi observacional longitudinal.

#### Participants:

La mostra està formada per pacients amb trastorn de l'espectre psicòtic ingressats a les UPP per realitzar un procés de rehabilitació. Les UPP escollides van ser, la Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica Penitenciària de Catalunya (UHPP-C) i la Unitat d'Hospitalització i Rehabilitació Psiquiàtrica Penitenciària (UHRPP).

#### Criteris d'Inclusió:

Pacients amb diagnòstic en l'eix I de l'espectre psicòtic: esquizofrènia, trastorn esquizofreniforme, trastorn esquizoafectiu, trastorn delirant, trastorn psicòtic no especificat, i trastorn bipolar.

Pacients en situació judicial de penat i/o mesura de seguretat (MS).

Pacients que no hagin estat ingressats per a un procés de rehabilitació els 6 mesos anteriors a la data d'ingrés a la UPP.

Pacients amb condemnes/MS que finalitzin com a mínim posteriorment als 12 mesos després de l'entrada en l'estudi.

#### Criteris d'Exclusió:

Pacients amb dificultat per la comprensió del castellà.

Presència d'afectació orgànica (TCE, Demència).

L'estudi es va dur a terme des del mes de maig de 2015 fins al mes de juliol de 2017. Al llarg d'aquest període es va oferir la participació en l'estudi a cada pacient que ingressava a la unitat de rehabilitació de les UPP i que complia els criteris d'inclusió. Tots els pacients inclosos en l'estudi van signar el consentiment informat per a la seva participació.

Les dades van ser recollides per dues psicòlogues de la UHPP-C juntament amb l'equip referent dels pacients.

Aquest estudi va comptar amb el finançament d'una Beca de Recerca, atorgada per la Unitat de Recerca del PSSJD. L'aprovació per realitzar la investigació es va obtenir del

Comitè de Recerca del PSSJD i el Comitè Ètic d'Investigació Clínica de la Fundació Sant Joan de Déu, així com el Comitè d'Investigació i Ètica de la Secretaria de Rehabilitació i Serveis Penitenciaris de Justícia Juvenil de la Generalitat de Catalunya.

Material:

**Dades sociodemogràfiques i criminològiques.** Es va dissenyar una entrevista específica per obtenir les dades rellevants, tant sociodemogràfiques, com clíniques, com judicials. Entre d'altres, la data de naixement, el sexe, l'estat civil, l'origen ètnic, el diagnòstic i dades legals i judicials, com els delictes i la situació penal.

**Camberwell Assessment of Needs –Forensic Version (CANFOR)** (Thomas et al., 2003; Romeva et al., 2010). La descripció d'aquesta escala es pot consultar al punt 4.2.1., de l'apartat "Introducció" (pàg. 29).

**Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)** (Endicott et al., 1976; Bobes et al., 2002). La descripció de l'escala es pot consultar al punt 5.1. de l'apartat "Introducció" (pàg. 45).

**Life Skills Profile (LSP)** (Rosen et al., 1996; Bulbena et al., (1992). La descripció de l'escala es pot consultar al punt 5.1. de l'apartat "Introducció" (pàg. 46).

**Positive And Negative Syndrome Scale (PANSS)** (Kay et al., 1987; Peralta i Cuesta, 1994). L'escala PANSS és un instrument que avalua el síndrome positiu i negatiu i la psicopatologia general, des del punt de vista dimensional (gravetat del quadre) i des del punt de vista categorial (predomini de símptomes positius o negatius). Ha estat validada en el nostre entorn per Peralta i Cuesta (1994). La PANSS consta de 30 ítems que es puntuen segons una escala de likert des d'1 (absent) fins a 7 (extrem) i s'avalua per mitjà d'entrevista semiestructurada. Dels 30 símptomes, 7 constitueixen l'escala positiva (PANSS-P), 7 l'escala negativa (PANSS-N) i els 16 restants l'escala de psicopatologia general (PANSS-PG). La PANSS-P avalua la presència de deliris, desorganització conceptual, comportament al·lucinatori, excitació, grandiositat, suspicàcia o perjudici i hostilitat. L'escala PANSS-N avalua l'embotiment afectiu, el retraïment emocional i social, el contacte pobre, la dificultat en el pensament abstracte, l'espontaneïtat i la fluïdesa i el pensament estereotipat. Finalment, l'escala PANSS-PG avalua les preocupacions somàtiques, l'ansietat, el sentiment de culpa, la tensió motora, els manierismes, la depressió, el retard motor, la falta de col·laboració, el contingut inusual del pensament, la

desorientació, l'atenció, l'*insight*, els trastorns de la volició, el control deficient dels impulsos, la preocupació i l'evitació social activa.

**HCR-20** (Webster, 1997; Hilterman i Andrés-Pueyo, 2005); La descripció d'aquesta escala es pot consultar al punt 4.2.2 de l'apartat "Introducció" (pàg. 38).

**Personality Assessment Inventory (PAI)** (Morey 1991; Ortiz-Tallo 2011). L'Inventari PAI és un qüestionari multidimensional de personalitat per a us clínic i forense. Permet l'avaluació de la psicopatologia en adults mitjançant 22 escales (344 ítems): 4 escales de validesa (inconsistència, infreqüència, impressió negativa i impressió positiva); 11 escales clíniques (queixes somàtiques, ansietat, trastorns relacionats amb l'ansietat, depressió, mania, paranoia, esquizofrènia, trets límits, trets antisocials, problemes amb l'alcohol i problemes amb les drogues); 5 escales de consideracions per al tractament (agressió, ideacions suïcides, estrès, falta de suport social i rebuig al tractament) i dues escales de relacions interpersonals (dominància i afabilitat). A més, inclou 30 subescales que proporcionen una informació més detallada. Aquest qüestionari pot ser utilitzat en re-test per avaluar el canvi en escales clíniques.

**Registre de visites de professionals i participació en els programes de rehabilitació:** Es van registrar les visites dels professionals, les trucades i les comunicacions, l'assistència a grups terapèutics de psicologia, la participació en programes d'educació social i infermeria, així com les sortides terapèutiques realitzades. Aquest registre es va fer entre l'avaluació inicial i els 6 mesos i entre els 6 mesos i els 12 mesos.

### Visites individuals

En el cas de les visites de psiquiatria, la seva finalitat és mantenir l'estabilitat i millorar els símptomes entre crisis; realitzar la intervenció farmacològica i prevenir les recaigudes. Les visites individuals de psicologia tenen com a objectiu dur a terme la teràpia individual més adient segons la malaltia i les característiques del pacient; realitzar l'avaluació i la gestió del risc, i valorar la necessitat d'incloure el pacient a diferents programes d'intervenció psicològica grupal. En les entrevistes individuals d'educació social es valoren les capacitats del pacient, es potencien i es proporcionen els programes d'intervenció adients a les seves necessitats. Les entrevistes de treball social comporten la valoració de la situació social, econòmica, familiar i administrativa del pacient i la gestió de les necessitats que se'n

derivin. El metge de família realitza visites inicials d'avaluació de la salut, així com de seguiment en els casos necessaris o a demanda del pacient o de l'equip d'infermeria.

Els pacients de les UPP tenen la possibilitat de fer trucades a la seva família o a persones properes, així com rebre visites, prèvia autorització per part del psiquiatre o el psicòleg.

### Pla de Rehabilitació a les UPP

A continuació es presenten les intervencions realitzades al llarg dels dos anys de durada de l'estudi.

Taula 1. Programes de Rehabilitació a les UPP

	<b>Programa</b>	<b>Grups o Tallers</b>	<b>Sortides terapèutiques</b>
<b>Psicologia</b>	Programa de Patologia Dual	Grup de Prevenció de recaigudes en TMS	No hi ha sortides directament vinculades als programes de psicologia. Tot i que l'exposició al medi comunitari comporta treballar alguns àmbits relacionats amb els grups
	Programa en TMS	Grup de Psicoeducació Grup d'Entrenament Metacognitiu	
	Programa de Rehabilitació Cognitiva	Grup REPyFLEC	
<b>Educació Social</b>	Animació Sociocultural	Biblioteca, Lectura, Revista, Club Social, Expressió plàstica, Ball, Teatre, Coral, Video-fòrum	Biblioteca Comunitària; Cinema, Teatre, Auditori, Liceu, Centres culturals, Centre Atenció Animals, Equinoteràpia, Platja i esdeveniments culturals (castellers, mercats artesanals..) Centre Punt Òmnia (ús d'internet i xarxes socials) Parc Agrari, Centre Educatiu ambiental, Gardens Sortides en grup, centres comercials, restaurants i Masia PSSJD
	Educació Permanent Prelaboral-Ocupacional	Escola, Informàtica, Premsa, Català/Castellà, Anglès Bijuteria, Ceràmica, Tèxtil, Cistelleria, Jardí, Hort	
	Habilitats Socials	Grup d'habilitats socials, Educació en valors	
<b>Infermeria</b>	Educació per la Salut	Automedicació, Relaxació, Passeig, Poliesportiu, Reactivat Higiene, Autocura, Bugaderia, Manteniment del entorn, Alimentació-Cuina, Habilitats Comunicatives	Pràctica d'esports a la comunitat, exercici a l'aire lliure, platja.
	Activitats de la Vida Diària		Sortides a centres de reciclatje, de compres a supermercats, i cuina del PSSJD

### Anàlisi estadístic

Es va realitzar estadística descriptiva amb la finalitat de descriure les necessitats, així com la resta de variables, en el moment basal, als 6 mesos i als 12 mesos de seguiment. Amb la intenció de comparar l'evolució i donat que comptem amb mostres petites es va utilitzar la prova de Wilcoxon de comparació de mitjanes per a mesures repetides. Es van comparar les dades basals amb el seguiment als 6 mesos i les basals amb el seguiment a 12 mesos

en quant a nombre total de necessitats i necessitats no cobertes. També es va fer servir la prova de Wilcoxon per a comparar les dades clíniques, de funcionament i de risc entre basal, seguiment 6 mesos i 12 mesos. Donat que les dades de personalitat representen a un nombre petit de la mostra es van descriure en el moment inicial i final.

## **RESULTATS**



## **Estudi 1: Revisió sistemàtica de les necessitats dels pacients ingressats en unitats psiquiàtriques forenses**

### Característiques generals dels articles

Les dades de les característiques generals dels estudis es presenten a la Taula 2. Per facilitar la lectura, els articles als quals ens referim en aquesta secció se simbolitzen amb el número que presenten a la Taula 2. La versió llarga de CANFOR es va utilitzar en 12 dels articles (2, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 22), mentre que la versió curta va ser utilitzada en 11 articles (1, 3, 4, 5, 6, 8, 17, 19, 20, 21, 22). Set articles van utilitzar les dues formes de resposta de la CANFOR (1, 2, 11, 12, 14, 15, 18), la que correspon a la visió dels usuaris, i la que correspon a la visió del personal sanitari, mentre que dos van utilitzar el format només per usuaris (5, 23), i els 14 restants utilitzen només el format de l'escala segons el punt de vista del personal (3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 16, 17, 19, 20, 21, 22).

Els articles corresponen a estudis que es van dur a terme en set països: 11 al Regne Unit (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 15, 16, 18, 19, 20, 21, 22); tres a Portugal (2, 13, 14); dos a Austràlia (1, 12); i un a cadascun dels següents països: Irlanda (10), Itàlia (17), Espanya (11) i Polònia (22).

Deu articles recollien mostres de pacients homes (2, 3, 5, 6, 9, 10, 12, 15, 21, 23) i quatre només de pacients dones (7, 16, 18, 22), mentre que nou articles van proporcionar dades de mostres mixtes (1, 4, 8, 11, 13, 14, 17, 19, 20).

Les característiques de les mostres en relació amb els diagnòstics de salut mental es van descriure en tots els estudis, amb l'excepció de l'estudi d'Emmanuel i Campbell (2009), en què la mostra es descrivia com a pacients forenses i no es proporcionava cap altra informació. Analitzant les mostres de tots els altres estudis, cal destacar la varietat i la combinació dels diagnòstics. A part de dos estudis, el de Murphy (2007), en què els participants presentaven un diagnòstic primari d'esquizofrènia, i el de Völlm (2009), en què la mostra presentava almenys un símptoma depressiu de l'escala The Prison Screening Questionnaire (Shaw, Tomenson, i Creed, 2003), les mostres estaven formades per pacients amb diagnòstic comorbid d'Eix I (Trastorns Clínics) i Eix II (Trastorns de la Personalitat i Discapacitats Intel·lectuals).



Taula 2. Característiques dels estudis inclosos a la revisió

Primer autor	Any	País	Objectiu principal	N (CANFOR n)	Diagnòstics	Delictes	Recurs (*)	Instruments	Tipus de resultats	Avaluació de Qualitat	
1	Abou-Sinna	2012	Austràlia	Investigar la interrelació entre l'avaluació de les necessitats clíniques en salut mental forense i mesures de reincidència violenta general i risc de violència	72 homes i dones (59)	68% Esquizofrènia 9% Comorbiditat amb trastorns de feix1 14% Comorbiditat amb abus de substàncies 5% comorbiditat amb Trastorns Personalitat 2,8% Trastorn Esquizoafectiu (1 subjecte amb Discapacitat Intel·lectual)	Delictes violents greus (assassinat, intent d'assassinat i agressions greus)	Forensic Mental Health Hospital	CANFOR-S HONOS-S LS-CMI HCR-20	Dades diagnòstiques CANFOR-S: Necessitats Totals-Cobertes -No cobertes: Necessitats més comuns: Totals-Cobertes-No cobertes Valoració: Usuaris- Personal	Estudi de Validació Observacional (Transversal)
2	Cardoso	2011	Portugal	Caracteritzar i comparar la població reclusa amb risc de suïcida alt/baix segons les socials, clíniques i les necessitats de tractament	79 homes (79)	62% TP Antisocial 55,7% Abus de substàncies 53,2% Depressió Major 48,1% Ansietat General 19% Trastorn Psicòtic	No disponible	Prison Psychiatric Unit	CANFOR MINI BPRS	CANFOR: Necessitats Totals - No cobertes. Valoració: Usuaris- Personal	Classe IV: Observacional (Transversal)
3	Dolan	2005	UK	Proporcionar una visió general del perfil sociodemogràfic, clínic i forense, així com les necessitats individuals, de seguretat, de tractament i d'ubicació	262 homes (262)	90% TP 10% Abus de substàncies 8% Esquizofrènia/ Esquizotípic /Trastorn delirant. 5% Discapacitat Intel·lectual	97% delictes greus 23% Homicidi 30% Delicte Violent 23% Delicte Sexual 3% Conductes desafiantis	High Security Hospital	CANFOR-S SDTP NABUS	Dades sociodemogràfiques, forenses i clíniques. CANFOR-S: Necessitats Totals-Cobertes -No cobertes: Necessitats més comuns: No cobertes Valoració: Personal	Classe IV: Observacional (Transversal)
4	Harty	2004	UK	Avaluar les necessitats individuals i d'ubicació dels pacients atesos en 3 hospitals d'alta seguretat	1255 homes i dones (1249)	61% Esquizofrènia 45% TP 12% Trastorn Afectiu 10% Discapacitat Intel·lectual 8% Trastorns mentals i de la conducta degut a l'ús de substàncies psicoactives 11% Altres trastorns psicòtics	26% Condemnes per homicidi 34% Altres delictes violents 11% Delictes sexuals 9% incendi 11% Sense delicte	High Security Hospitals	CANFOR-S; CANDID -S, NABUS	Dades sociodemogràfiques, forenses i clíniques. CANFOR-S: Necessitats Totals-Cobertes -No cobertes: Necessitats més comuns: No cobertes Valoració: personal	Classe IV: Observacional (Transversal)
5	Harty	2012	UK	Descriure les necessitats reportades pels pacients	151 homes (151)	15% Esquizofrènia 9% Trastorn Esquizoafectiu 17% Trastorn Depressiu major 20% Trastorn Ansietat 38% TP 1% Altres	30% Delictes violents 17% Delictes sexuals 13% Robatoris 14% Furtis 24% Altres	Mental Health Inreach Services in Prison	CANFOR -S SADS SCID-II MAST DAST	Dades sociodemogràfiques, forenses i clíniques. CANFOR-S: Necessitats Totals-Cobertes -No cobertes: Necessitats més comuns: Cobertes-No cobertes Valoració: Usuaris	Classe IV: Observacional (Transversal)
6	Jacques	2010	UK	Avaluar i descriure les necessitats dels pacients en unitats de mitjana seguretat	21 males (18)	76% Esquizofrènia 14% Trastorn Esquizoafectiu 5% Trastorn delirant 5% Diagnòstic principal de TP (Límit) 24% Comorbiditat amb TP	86% delictes que condueixen a contactar amb serveis de salut mental 14% Sense delicte 52% Violència contra les persones	Medium Secure	CANFOR -S	Dades sociodemogràfiques, forenses i clíniques CANFOR només per 8 dominis. Valoració: Personal	Classe IV: Descriptiu (Transversal)

Primer autor	Any	País	Objectiu principal	N (CANFOR n)	Diagnòstics	Delictes	Recurs	Instruments	Tipus de resultats	Avaluació de Qualitat
<b>7 Long</b>	2012	UK	Avaluar els factors predictius de la durada de l'estada	70 dones (68)	Estada curta: 77,5% TP 22,5% Esquizofrènia, Trastorn Esquizoafectiu, Trastorn Delirant  Estada llarga: 35,7% PD 64,3% Esquizofrènia, Trastorn Esquizoafectiu, Trastorn Delirant	Estada curta: 47,5% Violència greu 52,5% Violència lleu  Llarga estada: 78,6% Violència greu 25,1% Violència lleu	Medium and Low Security Units	CANFOR BPRS MCMII-III	Dades sociodemogràfiques, forenses i clíniques CANFOR; miljanes per dos dominis: Síntomes psicòtics i Angoixa. Valoració: Personal	Classe IV: Observacional (Transversal)
<b>8 Long</b>	2008	UK	Realitzar un estudi pilot sobre la viabilitat d'utilitzar CANFOR S en unitats de mitjana i baixa seguretat. Diferències de gènere i acord entre personal i usuari	36 homes i dones (36)	Homes: 78% Esquizofrènia Dones: 78% TP (3 TP i Trastorn mental)	Homes: 56% Sense condemnes 11% Incendi 6% Abusos sexuals 7% Danyos i lesions 11% Lesions Greus Dones: 27% Sense condemnes 27% Assassinat homicidi 5,5% Intent d'assassinat 5,5% Incendi 16,5% ABH/GBH 16,5% Amenaces mort i tinença d'armes	Medium and Low Security Units	CANFOR-S	Dades sociodemogràfiques, forenses i clíniques CANFOR-S: Necessitats Totals—No cobertes; Necessitats més comuns: No cobertes Valoració: Personal	Estudi de Validació Observacional (Transversal)
<b>9 Murphy</b>	2007	UK	Comprovar si el rendiment de Theory of Mind (ToM) entre pacients amb esquizofrènia en hospitals d'alta seguretat junt amb altres variables cognitives i clíniques, està relacionat amb mesures de resultats clínics posteriors	30 homes (30)	100% Diagnòstic principal d'Esquizofrènia	Condemnes per violació, abusos sexuals, homicidi, Lesions greus i incendi	High Security Hospital	CANFOR MAT RET HONOS HCR-20 Subtests WAIS III	CANFOR-S: Necessitats Totals Valoració: Personal	Classe IV: Observacional (Cohort)
<b>10 O'Dwyer</b>	2011	Irlanda	Analitzar les propietats psicomètriques de les escales: DUNDRUM-3 de set ítems i el instrument de rehabilitació de sis elements DUNDRUM-4	95 male (87)	Diagnòstic Principal: 72% Esquizofrènia 8% Trastorn Esquizoafectiu 12% Trastorn Bipolar 5% Depressió psicòtica 3% Discapacitat Intel·lectual	No Disponible	Forensic Hospital	CANFOR DUNDRUM 1, 3, 4; PANSS GAF; HCR-20 S-RAMM (for suicide and self-harm)	Dades Diagnòstiques CANFOR: Necessitats Totals-Cobertes –No cobertes Valoració: Personal	Estudi de Validació Observacional (Transversal)
<b>11 Romeva</b>	2010	Espanya	Validar l'escala CANFOR al espanyol	90 homes i dones (90)	71,6% Trastorn Psicòtic 8% Trastorn de l'Estat d'Ànim 15,9% Trastorn Bipolar 4,5% Altres 25,7% + TP 9% + Discapacitat Intel·lectual	37,6 % Homicidi 7,1% Delicte sexual 3,5% Violència domèstica 5,9% Lesions 34,1% Robatori 2,4% Incendi 2,4% Infraccions 7,1% Altres	Prison Psychiatric Units	CANFOR GAF LSP	Dades sociodemogràfiques, forenses i clíniques. CANFOR-S: Necessitats Totals—No cobertes; Necessitats més comuns: No cobertes Valoració: Usuaris-Personal	Estudi de Validació Observacional (Transversal)

Primer autor	Any	Pais	Objectiu principal	N (CANFOR n)	Diagnòstics	Delictes	Recurs	Instruments	Tipus de resultats	Avaluació de Qualitat
<b>12 Segal</b>	2010	Austràlia	Examinar la relació entre les necessitats i el risc utilitzant dues escales d'avaluació validades.	50 homes (50)	60% Esquizofrènia 8% Trastorn Esquizoafectiu 2% TP Antisocial 2% Trastorn d'Ansietat 2% Episodi Psicòtic Breu 2% Depressió	No Disponible	Forensic Mental Health Hospital	CANFOR LSI-R screening HoNOS	Dades sociodemogràfiques, forenses i clíniques. CANFOR-S: Necessitats Totals-No cobertes; Necessitats més comuns: Totals- No cobertes Valoració: Usuaris- Personal	Classe IV: Observacional (Transversal)
<b>13 Talina</b>	2011 Post	Portugal	Avaluar i comparar la necessitat de tractament entre dones i homes recluïts sota tractament psiquiàtric	114 homes i dones (114)	Homes: 62% TP Antisocial Dones: 62,9% Depressió	No Disponible	Forensic psychiatric clinic	CANFOR MINI BPRS GAF	Dades Diagnòstiques CANFOR: Necessitats No cobertes; Necessitats més comuns: No cobertes Valoració: Personal	Classe IV: Observacional (Transversal)
<b>14 Talina</b>	2013	Portugal	Validar l'escala CANFOR al portuguès	143 homes i dones (143)	MINI Diagnòstic (més prevalent): 56,1% Depressió Major 20,2% DM + símptomes melancòlics 14% Trastorn Psicòtic 45,6% Trastorn d'Ansietat Generalitzada 20% Trastorn Posttraumàtic 43% TP Antisocial	59,4% Delictes contra les persones 22,4% Delictes contra la propietat 18,2% Altres	Prison Psychiatric Units Civil psychiatric ward offenders	CANFOR MINI BPRS GAF	Dades sociodemogràfiques, forenses i clíniques. CANFOR: Necessitats Totals-Cobertes-No cobertes; Valoració: Usuaris- Personal	Estudi de Validació Observacional (Transversal)
<b>15 Thomas</b>	2008	UK	Desenvolupar un instrument fiable i vàlid per l'avaluació de necessitats dels usuaris de serveis forenses de salut mental (CANFOR)	77 homes	79% Esquizofrènia, Trastorn Esquizoipic i Trastorn delirant 18% TP 3% Trastorns afectius i de l'ànim	34% Homicidi 27% Violència 9% Agressió Sexual 1,2% Incendi 6% Sense delictes 12% Altres	Medium and High Security Hospitals	CANFOR GAF	Dades sociodemogràfiques, forenses i clíniques. CANFOR: Necessitats Totals-No cobertes; Necessitats més comuns: Totals- No cobertes Valoració: Usuaris- Personal	Estudi de Validació Observacional (Transversal)
<b>16 Vollm</b>	2009	UK	Determinar la prevalença de la simptomatologia psiquiàtrica, les necessitats i la conducta autolèsiva	638 dones (250)	Problemes de Salut Mental a través identificats amb The Prison Screening Questionnaire. 94,7% Almenys 1 símptoma de depressió 25,5% Resposta positiva en al menys una qüestió de psicosis 37,8% Resposta positiva en el PriSnQuest amb un punt de tall de 3 56,9% responen si a dos o més qüestions	7,5% Homicidi o intent d' homicidi 22,1% Delicte Violent 2,5% Incendi 25,9% Delicte de furt 4,6% Infraccions 27,9% Delicte tòxic 9,6 % altres	Prison	CANFOR PriSnQuest Questionnaire on suicidal intent and self-harm	Dades forenses i clíniques CANFOR: Necessitats Totals -No cobertes Necessitats més comuns: Totals - No cobertes Valoració: Personal	Classe IV: Observacional (Transversal)
<b>17 Castelletti</b>	2014	Itàlia	Validar l'escala CANFOR al italià	50 homes i dones (50)	52% Psicosis No afectiva 46% TP 2% Psicosis Afectiva	68% Delicte greu 32% Delicte menor	Forensic Hospital	CANFOR-S GAF BPRS	Dades sociodemogràfiques, forenses i clíniques. CANFOR-S: Necessitats Totals-No cobertes; Necessitats més comuns: Totals- No cobertes Valoració: Usuaris	Estudi de Validació Observacional (Transversal)

Primer autor	Any	Pais	Objectiu principal	N (CANFOR n)	Diagnòstics	Delictes	Recurs	Instruments	Tipus de resultats	Avaluació de Qualitat
18 Emmanuel	2009	UK	Comparar la percepció de necessitats per part dels pacients i del equip clínic	13 dones	13 pacients forenses	No Disponible	Medium security unit	CANFOR	Només dades comparatives entre pacients i personal	Classe IV: Observacional (Transversal)
19 Thomas i Leese	2004	UK	Comparar les necessitats individuals dels pacients en unitats d'alta seguretat per valorar la derivació a unitats de mitja seguretat de llarga estada.	1008 homes i dones (1008)	HS Homes: 647 62% Esquizofrènia, Trastorn Esquizoipic i Trastorn delirant 45% TP 10% Discapacitat intel·lectual 10% Trastorn afectiu/ànim HS Dones: 106 56% Esquizofrènia, Trastorn Esquizoipic i Trastorn delirant 65% TP 11% Discapacitat intel·lectual 22% Trastorn afectiu/ànim MS Homes: 212 38% Robatori 31% Dany 33% Lesions /assalt 13% Abusos sexuals 9% Discapacitat intel·lectual 7% Trastorn afectiu/ànim MS Dones: 43 47% Esquizofrènia, Trastorn Esquizoipic i Trastorn delirant 67% TP 12% Discapacitat intel·lectual 23% Trastorn afectiu/ànim	HS Homes (647) 33% Robatori 29% Dany 33% lesions /assalt 10% Abusos sexuals HS Dones (106) 18% Robatori 39% Dany 24% Lesions /assalt MS Homes (212) 38% Robatori 31% Dany 33% Lesions /assalt 13% Abusos sexuals MS Dones (43) 16% Robatori 37% Dany 19% Lesions /assalt	High and Medium Security Hospitals	CANFOR -S CANDID NABUS SDTP	Dades sociodemogràfiques, forenses i clíniques. CANFOR-S: Necessitats Totals--No cobertes; Necessitats més comuns: Totals- No cobertes Valoració: Personal	Classe IV: Observacional (Transversal)
20 Thomas	2004	UK	Descriure les necessitats individuals d'ubicació en pacients amb Discapacitat intel·lectual	102 homes i dones (102)	94% Discapacitat intel·lectual 48% TP 23% Esquizofrènia, Trastorn Esquizoipic i Trastorn delirant 14% Trastorns del desenvolupament psicològic.	22% Violència 16% Homicidi 15% Incendi 12% Delicte Sexual 21% Sense delicte	High Security Hospitals	CANFOR-S CANDID SDTP NABUS	Dades sociodemogràfiques, forenses i clíniques. CANFOR-S: Necessitats Totals--No cobertes; Necessitats més comuns: Totals- No cobertes Valoració: Personal	Classe IV: Observacional (Transversal)
21 Thomas	2009	UK	Comparar les característiques prèvies, la història forense, les necessitats i l'adequació de la ubicació dels pacients en unitats de mitjana seguretat i els presos en unitats d'interament assistencial de les presons locals	149 Homes (67)	79% Esquizofrènia, Trastorn Esquizoipic i Trastorn delirant 3% Trastorn afectiu/ànim 12% TP i Trastorns de conducta	13% Homicidi 36% Violència 7% Delicte Sexual 7% Incendi 4% Contra la propietat 12% Infraccions 12% Altres 3% Cap	Prison Health Care Unit and Medium Security Unit	CANFOR -S NABUS	Dades sociodemogràfiques, forenses i clíniques. CANFOR-S: Necessitats Totals--No cobertes; Necessitats més comuns: Totals- No cobertes Valoració: Personal	Classe III: Observacional (Transversal)

Primer autor	Any	País	Objectiu principal	N (CANFORn)	Diagnòstics	Delictes	Recurs	Instruments	Tipus de resultats	Avaluació de Qualitat
22 Long	2015	UK	Examinar l'evolució dels símptomes, els trets de personalitat i les necessitats entre el ingress i el moment previ a l'alta	60 dones (resultats de la CANFOR en el període d'ingrés)	72% TP (inestabilitat emocional) 45% Abús de substàncies 28% Trastorn Psicòtic 70% Història d'autolesions 59% Intents de suïcidi	87% amb història forense	Medium secure service in a psychiatric hospital	CANFOR-S BPRS BDI II MPTSDSS MCMI-III	Dades sociodemogràfiques, forenses i clíniques. CANFOR-S; Necessitats Totals--No cobertes; Necessitats més comuns: Totals--Valoració: Personal	Classe IV: Observacional (Cohort)
23 Trizna	2016	Polònia	Comparar les necessitats, la gravetat dels símptomes, la qualitat de vida i la satisfacció dels pacients en tractament a les unitats psiquiàtriques forenses de baixa i mitjana seguretat	93 homes	60,2% Esquizofrènia 14% Trastorn delirant 21,5% Trastorn Orgànic 4,3% Trastorns de l'Ànim	No Disponible	Low and medium secure at the Regional Mental Hospital in Lubiaz	CANFOR BPRS CAT MANSA	Dades sociodemogràfiques i clíniques. CANFOR; Necessitats Totals--Cobertes - No cobertes; Valoració: Usuaris	Classe IV: Observacional (Transversal)

**Qüestionaris:** BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale ; CAN: Camberwell Assessment of Needs; CANDID-S: Camberwell Assessment of Need, Developmental and Intellectual Disabilities Short Version; CANFOR-S: Camberwell Assessment of Needs Forensic Version-Short; CAT: Client Assessment of Treatment; DAST: The Drug Abuse Screening Test ; GAF: Global Assessment of Functioning; HCR-20: Historical, Clinical Risk-20; Risk for violence assessment; HoNOS-S; Health of Nation Outcome Scales Secure; LS-CMI: The Level of Service-Case Management Inventory ; LSP: Life Skills Profile; PrISnQuest: Prison Screening Questionnaire; MANSA: Manchester Short Assessment of Quality of Life scale; MAST: Michigan Alcoholism Screening Test; MAT: Modified Advanced Theory of mind test; MCMI-III: Million Multiaxial Clinical Inventory III; MINI Mini International Neuropsychiatric Interview ;MPTSDSS: Modified Post Traumatic Stress Disorder Symptom Scale-Self report; NABUS: Nottingham Acute Bed Study ; PANSS: Positive and Negative Symptom Scale; PRISM: Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders; RET: Revised Eyes Task; SADS: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR ; SCID-II: Structured Clinical Interview for DSM-IV-Personality Disorders ; WAIS III: Weschler Assessment Intelligence ScaleSDTP: Security Dependency and Treatment Needs Scale

**Classificació dels estudis:**

- Classe I. Assaigs controlats aleatoris: inclou processos cuasialeatoris com assignació alternativa
- Classe II. Estudi controlat no aleatori - un estudi prospectiu (pre-planificat), amb criteris d'elecció preliminar i mesures de resultat.
- Classe III. Estudis observacionals amb controls adequats: inclou sèries temporals retrospectives i interrompudes (un canvi de tendència atribuïble a la intervenció), estudis de casos-controls, estudis de cohort amb controls i investigació de serveis de salut que inclou l'ajustament de variables de confusió probables.
- Classe IV. Estudis observacionals sense controls adequats (p. Ex., Estudis de cohorts sense controls, sèries de casos sense controls i estudis de casos sense controls

(\*) Es mantenen les denominacions originals dels recursos per evitar la confusió entre tipus d'unitats.

Catorze estudis inclouïen en la descripció del perfil delictiu de la mostra el tipus de delictes comès, així com el percentatge dels delictes (3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21). Tres articles (1, 9, 22) presentaven el tipus de delictes però no aportaven dades quantitatives. El delictes principal més prevalent en els estudis que conformen la revisió va ser el delictes violent o delictes contra les persones, ja fos descrit com "delictes greus violents", "delictes greus" o "delictes violents", o bé amb el delictes específic. En sis dels estudis el tipus de delictes no estava disponible (2, 10, 12, 13, 18, 23).

Els estudis inclosos en aquesta revisió es van realitzar en diferents tipus de centres: presons (Völlm, 2009); unitats psiquiàtriques a les presons; (2, 5, 11, 14, 16); hospitals i unitats forenses (1, 10, 12, 13, 17); i hospitals de seguretat (3, 4, 6, 7, 8, 9, 15, 18, 19, 20, 21, 22, 23).

Finalment, pel que fa al tipus de disseny dels estudis, a excepció de l'estudi realitzat per Murphy (2007), en el qual la CANFOR es va administrar a una cohort de pacients amb diagnòstic primari d'esquizofrènia tres anys després del seu ingrés a una unitat psiquiàtrica d'alta seguretat, tots els altres estudis eren transversals.

### Tipus de necessitats totals

L'expressió utilitzada en els articles per referir-se a la necessitat que estava present en més pacients era *most common need*; per aquest motiu ens referirem a aquest tipus de dada com a necessitat més comuna o necessitat més prevalent o present de manera indistinta.

En la Taula 3 es mostra una descripció general de les necessitats més freqüents. Per calcular el rànquing de les necessitats més comunes, es van extreure de cada estudi les tres necessitats més freqüents i es van ordenar segons la informació disponible. Vuit articles no informaven de les necessitats més comunes (2, 6, 7, 9, 10, 14, 18, 23).

Onze articles presentaven dades sobre les necessitats totals més comunes (1, 8, 11, 12, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22). D'aquests, quatre estudis presentaven les necessitats segons les perspectives dels pacients i del personal (1, 11, 12, 15), un només presentava el punt de vista dels pacients (21) i sis presentaven les dades exclusivament des de la perspectiva del personal (8, 16, 17, 19, 20, 22).

Taula 3. Tipus de necessitats totals i no cobertes més prevalents

Articles ordenats per nombre de resultats	Necessitats Totals USUARIS			Necessitats Totals PERSONAL			Necessitats No Cobertes USUARIS			Necessitats No Cobertes PERSONAL		
	1era	2ona	3era	1era	2ona	3era	1era	2ona	3era	1era	2ona	3era
<b>Abou-Sima 2012</b>	Salut física	Angoixa	Contacte social	Salut física	Activitats diàries	Síntomes psicòtics	Relacions íntimes	Activitats diàries	Salut física	Relacions íntimes	Síntomes psicòtics	Vida sexual
<b>Romeva 2010</b>	Síntomes psicòtics	Informació	Activitats diàries	Síntomes psicòtics	Activitats diàries	Informació	Informació	Activitats diàries	Al·lotjament	Informació	Al·lotjament	Activitats diàries
<b>Segal 2010</b>	Angoixa	Salut física	Tractament	Angoixa	Síntomes psicòtics	Tractament	Tractament	Informació	Relacions íntimes	Relacions íntimes	Tractament	Vida sexual
<b>Thomas 2008</b>	Activitats diàries	Salut física	Síntomes psicòtics	Activitats diàries	Síntomes psicòtics	Informació	Al·lotjament	Activitats diàries	Informació	Activitats diàries	Síntomes psicòtics	Al·lotjament
<b>Castellet i 2014</b>				Alimentació	Informació	Telèfon				Vida sexual	Relacions íntimes	Contacte social
<b>Thomas 2004</b>				Activitats diàries	Heteroagressivitat	Angoixa				Heteroagressivitat	Activitats diàries	Vida sexual
<b>Long 2008 (*)</b>		D: Angoixa		D: Activitats diàries		D: Alimentació		D: Relacions íntimes		D: Relacions íntimes	D: Angoixa	D: Heteroagressivitat
<b>Vollm 2009</b>		H: Activitats diàries		H: Informació		H: Contacte social		H: Síntomes psicòtics		H: Síntomes psicòtics	H: Vida sexual	
		Angoixa		Activitats diàries		Tractament		Angoixa				
<b>Thomas i Leese 2004 (**)</b>		D-HS: Angoixa		D-HS: Síntomes psicòtics		D-HS: Heteroagressivitat		D-HS: Drogues		D-HS: Activitats diàries		D-HS: Alcohol
		D-MS: Síntomes psicòtics		D-MS: Angoixa		D-MS: Salut física		D-MS: Autogressivitat		D-MS: Incendi		D-MS: Heteroagressivitat
		H-HS: Síntomes psicòtics		H-HS: Activitats diàries		H-HS: Heteroagressivitat		H-HS: Activitats diàries		H-HS: Drogues		H-HS: Delicte sexual
		H-MS: Angoixa		H-MS: Activitats diàries		H-MS: Síntomes psicòtics		H-MS: Delicte sexual		H-MS: Activitats diàries		H-MS: Alcohol
<b>Long 2015</b>		Tractament		Heteroagressivitat		Angoixa						
<b>Thomas 2009</b>	Activitats diàries	Alimentació	Salut física	Activitats diàries		Informació		Al·lotjament		Informació		Activitats diàries
<b>Harty 2012</b>				Activitats diàries		Angoixa		Síntomes psicòtics		Angoixa		
<b>Dolan 2005</b>										Delicte sexual	Alcohol	Activitats diàries
<b>Harty 2004 (*)</b>								D: Activitats diàries		D: Alcohol		D: Drogues
								H: Activitats diàries		H: Delicte sexual		H: Drogues
<b>Talina 2011P (*)</b>								D: Angoixa		D: Angoixa		D: Contacte social
								H: Vida sexual		H: Prestacions		H: Prestacions

Jacques 2010 and Long 2012 (presenten dades en dominis 8 i 2); Cardoso 2011; Murphy 2007; O'Dwyer 2011; Talina 2013; Trizna 2016 and Emmanuel 2009; Dades no disponibles

(\*): dades presentades per gènere D:Dones H:Home

(\*\*): dades presentades per gènere i per tipus de recurs D:Dones H:Homes HS: High security MS: Medium security

Cinc estudis presentaven les necessitats totals segons el punt de vista dels pacients (1, 11, 15, 21). La salut física va ser la necessitat més freqüent, present en quatre estudis, seguida per les activitats diàries, en tres estudis, i l'angoixa i els símptomes psicòtics, presents en dos estudis. Els dominis d'informació sobre el tractament, alimentació, tractament i contacte social van ser reportades com a necessitats des del punt de vista del pacient en un estudi cadascun.

Deu estudis proporcionaven dades sobre les necessitats totals més comunes des del punt de vista del personal (1, 8, 11, 12, 15, 16, 17, 19, 20, 22). La necessitat total més prevalent va ser activitats diàries, que estava present vuit vegades en set estudis (alguns estudis presentaven els resultats separats per mostres), seguit del domini angoixa i símptomes psicòtics, present vuit vegades en sis estudis. El domini informació sobre el tractament, es va considerar com a necessitat total en quatre estudis. Els dominis alimentació i tractament estaven presents, segons el punt de vista del personal, en tres estudis, mentre que salut física, telèfon, autoagressivitat i heteroagressivitat estaven presents en un estudi.

#### Tipus de necessitats no cobertes

Tenint en compte només la perspectiva dels pacients, que estava disponible en sis estudis (1, 5, 11, 12, 15, 21), la necessitat no coberta més prevalent va ser activitats diàries, que representava una de les tres necessitats no cobertes més comunes en cinc articles. El domini informació sobre el tractament va ser la segona necessitat més comuna, present en quatre articles, i allotjament estava present en tres estudis. El domini relacions íntimes estava present en dos articles. Les necessitats no cobertes que apareixien en un sol estudi cadascuna van ser tractament, símptomes psicòtics, angoixa i salut física.

Dotze estudis presentaven dades sobre les necessitats no cobertes identificades pel personal (1, 3, 4, 8, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 20). Quatre d'ells presentaven les dades separades per gènere i/o per tipus d'unitat. La necessitat no coberta amb major prevalença segons el personal va ser activitats diàries, que es va considerar no coberta nou vegades, en sis estudis. El domini vida sexual apareixia com a no coberta en sis estudis, seguida per relacions íntimes, angoixa, drogues, alcohol, i delictes sexuals, que apareixien com a necessitats no cobertes quatre vegades en tres estudis.



### Nombre de necessitats

Es van analitzar les puntuacions mitjanes de les necessitats totals, cobertes i no cobertes, tant des del punt de vista del personal com dels usuaris. Només tres estudis presentaven la mitjana de totes les variables (1, 11, 14). Tretze estudis presentaven la mitjana de les necessitats totals (1, 3, 4, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 22), i dotze presentaven la mitjana de les necessitats no cobertes (1, 3, 4, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 22), però només segons el punt de vista del personal. Vuit estudis presentaven resultats per les necessitats totals i no cobertes des del punt de vista dels usuaris (1, 5, 11, 12, 14, 15, 21, 22).

La taula 4 mostra les mitjanes i les desviacions estàndard del nombre de les necessitats totals, cobertes i no cobertes, segons els usuaris i el personal. Basant-nos en aquestes dades, es van calcular les mitjanes agrupades i les variàncies.

La mitjana agrupada de necessitats cobertes, segons el punt de vista dels usuaris va ser de 2,79 ( $s^2p = 3,71$ ), mentre que per a necessitats no cobertes va ser de 2,88 ( $s^2p = 4,41$ ) i per a les necessitats totals, és de 5,03 ( $s^2p = 7,34$ ).

Pel que fa a les valoracions del personal, la mitjana agrupada per a necessitats cobertes era de 6,02 ( $s^2p = 5,89$ ), per a necessitats no cobertes era de 2,87 ( $s^2p = 4,58$ ), i per a les necessitats totals era de 9,27 ( $s^2p = 8,29$ ).

### Necessitats segons diagnòstic i gènere

Les necessitats més freqüents no cobertes en els estudis amb pacients diagnosticats majoritàriament amb un trastorn psicòtic eren similars (1, 4, 8, 11, 12, 15, 19, 21). Aquestes necessitats no cobertes van ser les següents: activitats diàries, informació sobre el tractament, alcohol, relacions íntimes, símptomes psicòtics i tractament. Per a aquest tipus de diagnòstic, les necessitats totals més freqüents eren salut física, símptomes psicòtics, activitats diàries, informació sobre el tractament i ansietat (1, 8, 11, 12, 15, 20, 21).

D'altra banda, per a mostres amb trastorns de la personalitat (3, 5, 13, 19 dones), les necessitats més freqüents no cobertes van ser les següents: drogues, alcohol, ansietat, heteroagressivitat i activitats diàries.

En l'article de Thomas et al. (2004), en què el 90% de la mostra tenia un diagnòstic de discapacitat intel·lectual amb un elevat percentatge de trastorn de la personalitat, les necessitats més freqüents no cobertes van ser heteroagressivitat, activitats diàries i expressió sexual.

En els articles de Völlm (2009) i de Talina et al. (2013), en què tota la mostra eren dones amb presència de símptomes depressius, la necessitat no coberta més prevalent va ser l'angoixa.

El mateix passava en l'article de Long et al. (2008), en el qual la mostra de dones amb un 80% de trastorn de la personalitat presentava com a necessitats no cobertes més freqüents els dominis d'angoixa, juntament amb relacions íntimes i heteroagressivitat.

Cinc articles presentaven, des del punt de vista del personal, les necessitats no cobertes en mostres de dones (4, 8, 13, 16, 19), i sis articles presentaven aquestes dades per a mostres masculines (4, 8, 12, 13, 15, 19), mentre que quatre articles presentaven dades per a ambdós sexes barrejats (1, 11, 17, 20).

En les mostres femenines, la majoria de les necessitats no cobertes segons el personal van ser angoixa, activitats diàries, heteroagressivitat i drogues.

Les mostres masculines tenien una classificació diferent de les necessitats no cobertes per part del personal: activitats diàries, vida sexual i delicte sexual, drogues i símptomes psicòtics.

Taula 4. Nombre de necessitats totals, cobertes i no cobertes

Primer autor	N total	N CANFOR	Homes	Dones	n USUARIS CANFOR	n PERSONAL CANFOR	Valoració USUARIS						Valoració PERSONAL											
							Necessitats Totals		Necessitats Cobertes		Necessitats No Cobertes		Necessitats Totals		Necessitats Cobertes		Necessitats No Cobertes							
							X	DE	X	DE	X	DE	X	DE	X	DE	X	DE						
Romeva 2010	90	90	87	3	90	90	4.1	2.5	2.3	1.6	1.8	1.7	3.1	3	2	2.1	1.8							
Talina 2013	143	143	108	35	143	143	7.8	3.05	2.5	1.85	5.2	2.65	6.1	2.5	2.08	3.6	2.03							
Abou-Sinna 2012	72	60	66	6	59	60	5.48	2.71	3.86	2.07	2	ND	4.69	6.87	3.2	2.3	ND							
Segal 2010	50	50	ND	ND	50	38	7.2	2.71	ND	ND	3.14	2.65	7.53	ND	ND	2.32	1.71							
Thomas 2008	77	77	77	0	77	77	6.8	2.4	ND	ND	2.4	2.1	8.7	ND	ND	2.3	1.8							
Dolan 2005	262	262	262	0	0	262							8.32	5.97	2.28	2.29	2.27							
Harty 2004	1255	1249	1059	190	0	1249							8.97	6.62	2.48	2.35	2.25							
Harty 2012	151	151	151	0	151	0	6	3	3.3	2.4	2.7	2												
Thomas 2009	120	67	67	0	67	0	7.36	2.62	ND	ND	3.4	2.73												
Trizna 2016	93	93	93	0	93	0	3.38	2.08	2.25	1.26	1.13	1.32												
Castelletti 2014	50	50	50	0	0	50							14.2	ND	ND	5.6	2.4							
Thomas i Leese 2004	1008	1008	859	149	0	1008							9.6	ND	ND	2.6	2.3							
Thomas 2004	102	102	79	23	0	102							10.77	ND	ND	3.73	2.73							
Long 2015	60	60	0	60	0	60							23.13	ND	ND	13.11	2							
Voilm 2009	638	250	0	250	0	250							8.5	ND	ND	4.6	ND							
Murphy 2007	30	30	30	0	0	30							20.3	ND	ND	ND	ND							
													<b>Mièjanes i variances agrupades</b>	<b>5.03</b>	<b>7.34</b>	<b>2.79</b>	<b>3.71</b>	<b>2.88</b>	<b>4.41</b>	<b>6.02</b>	<b>8.29</b>	<b>5.89</b>	<b>2.87</b>	<b>4.58</b>

Jacques 2010 i Long 2012 (presenten dades només de 8 i 2 dominis)

Emmanuel 2004 no disponible

O'Dwyer 2011 presenta mièjanes de necessitats no cobertes i totals, dividit en 7 mostres diferents segons la ubicació

Long 2008 presenta mièjanes per les necessitats totals i no cobertes dividides per gènere i ubicació

Talina 2011 presenta dades dividides per gènere

Cardoso 2011 presenta dades dividides en dos mostres d'acord amb el nivell de risc de suïcidi

ND: Dades No Disponibles

## **Estudi 2: Necessitats i funcionament social en una mostra de pacients ingressats en les UPP**

### Característiques sociodemogràfiques, clíniques i judicials

Les característiques sociodemogràfiques es descriuen a la Taula 5. La majoria de la mostra eren homes, solters, sense cap fill, de nacionalitat espanyola i amb un nivell d'estudis d'educació primària. La meitat de la mostra cobrava una pensió, i el 23% obtenien els ingressos de la família. Només el 14% de la mostra vivia en una habitació individual.

Les dades psiquiàtriques i judicials també es descriuen a la Taula 5. El 70% de la mostra patia un trastorn psicòtic com a diagnòstic principal. Respecte a l'Eix II, una quarta part de la mostra tenia criteris per a algun tipus de trastorn de la personalitat. Un 7,8% dels pacients tenia una discapacitat intel·lectual comòrbida.

Gairebé el 36% de la mostra va cometre un delicte d'assassinat, intent d'assassinat o homicidi. El robatori va ser el segon delicte més comú, comès per un 32,2%. Pel que fa a la situació penal dels pacients, el 30% estava en compliment d'una mesura de seguretat, el 46,3% en compliment d'una pena i un 21,3% eren preventius. El temps mitjà d'estada a la unitat era de 25,56 mesos.

### Nombre i tipus de necessitats

La Taula 6 mostra la mitjana de necessitats expressades pels usuaris i pel personal. La mitjana de necessitats totals, segons el punt de vista dels usuaris, va ser de 4,1 (DE: 2,5) i segons el punt de vista del personal de 5,1 (DE: 3,1).

Respecte a les necessitats cobertes, els usuaris presentaven una mitjana de 2,3 (DE: 1,6) necessitats i el personal reportava una mitjana de 3 (DE: 2) amb una diferència significativa entre les avaluacions.

La mitjana de les necessitats no cobertes detectades pels usuaris va ser de 1,8 (DE: 1,7) diferint significativament ( $t: 2,3$ ,  $p = 0,025$ ) de l'avaluació que feia el personal amb una mitjana de 2,1 (DE: 1,8).

Taula 5. Dades sociodemogràfiques, clíniques i judicials

	<b>X (DE)</b>
<b>Edat</b>	36,5 (9,7)
<b>Temps de residència en mesos</b>	25,5 (36,2)
	<b>N (%)</b>
<b>Gènere</b>	
Masculí	87 (96,6)
Femení	3 (3,3)
<b>Etnicitat</b>	
Europeu	78 (86,7)
Àfrica	8 (8,9)
Altres	4 (4,4)
<b>Nivell d'estudis</b>	
Estudis d'Educació Primària Incomplets	34 (37,8)
Estudis d'Educació Primària Complets	21 (23,3)
Estudis d'Educació Secundària Incomplets	12 (13,3)
Estudis d'Educació Secundària Complets	10 (11,1)
Estudis Universitaris Incomplets	4 (4,4)
Estudis Universitaris Complets	2 (2,2)
Sense estudis	2 (2,2)
Altres	5 (5,6)
<b>Estat civil</b>	
Solter	63 (70)
Casat	14 (15,6)
Divorciat/da o Vidu/a	13 (14,4)
<b>Fills</b>	
Un fill	15 (16,7)
Més d'un fill	10 (11,1)
Cap	65 (72,2)
<b>Font d'ingressos</b>	
Pensió per Invalidesa	46 (51)
Família	21 (23,3)
Indigència Presó	14 (15,6)
Altres	4 (4,4)
Cap	5 (5,6)
<b>Companyes habitació</b>	
Un company	47 (52,2)
Més d'un company	30 (33,3)
Cap	13 (14,4)
<b>Diagnòstic de l'Eix I</b>	
Trastorns psicòtics	63 (70)
Trastorns afectius i de l'estat d'ànim	21 (23,3)
Altres	6 (6,7)
<b>Diagnòstic de l'Eix II</b>	
Trastorn de la personalitat	19 (21,1)
Discapacitat Intel·lectual	7 (7,8)
Sense diagnòstic	64 (71,1)
<b>Delicte</b>	
Assassinat/Homicidi	32 (35,6)
Delicte Sexual	6 (6,7)
Delictes de Violència/Lesions	8 (8,9)
Robatori	29 (32,2)
Incendi provocat	2 (2,2)
Altres	13 (14,4)
<b>Situació legal</b>	
Condemnat	42 (46,3)
Mesura de Seguretat	27 (30,3)
Situació legal mixta	21 (23,3)

Taula 6. Puntuacions mitjanes dels instruments administrats

	X (DE)
<b>CANFOR (n: 90)</b>	
Necessitats Totals Usuari	5,1 (3,1)
Necessitats Totals Personal	4,1 (2,5)
Necessitats Cobertes Usuari	3 (2)
Necessitats Cobertes Personal	2,3 (1,6)
Necessitats No Cobertes Usuari	2,1 (1,8)
Necessitats No Cobertes Personal	1,8 (1,7)
<b>LSP (n: 82)</b>	
Autocura	38,18 (2,5)
Comportament Social Interpersonal	37,91 (2,37)
Comunicació i Contacte Social	20,73 (3,38)
Comportament Social No Personal	23,54 (1,28)
Vida Autònoma	21,37 (4,66)
LSP Total	141,73 (10,80)
<b>SF-36 (n: 81)</b>	
Vitalitat	60,68 (23,27)
Funció Física	90,82 (13,76)
Dolor Corporal	82,63 (21,69)
Salut General	65,57 (23,72)
Rol Físic	87,96 (23,75)
Rol Emocional	77,34 (37,96)
Funció Social	88,08 (20,17)
Salut Mental	64,94 (20,79)
<b>SUMD (n: 89)</b>	
Consciència de Trastorn Mental	1,98 (1,58)
Consciència dels efectes de la Medicació	2,30 (1,71)
Consciència de les conseqüències socials del Tr. Mental	2,39 (1,79)
<b>EEAG (n: 86)</b>	56,98 (11,69)

L'estudi es va realitzar en quatre unitats, dues d'elles de segon nivell (IPCPHB i IPCPB1) i dues de tercer nivell (UPQC i UHPP-C). La taula 7 mostra el nombre de necessitats totals, cobertes, i no cobertes, segons el punt de vista de l'usuari i del personal en funció del tipus d'unitat. Es pot consultar el tipus de necessitats segons la unitat a la Taula 9.

Taula 7. Nombre de necessitats en funció de les unitats

	Unitats 2on Nivell X (DE)	Unitats 3er Nivell X (DE)
<b>CANFOR (n: 90)</b>		
Necessitats Totals Usuari	2,8 (1,8)	4,7(2,5)
Necessitats Totals Personal	3,3 (2,7)	6 (3)
Necessitats Cobertes Usuari	1,4 (1,4)	2,7 (1,7)
Necessitats Cobertes Personal	1,7 (1,2)	3,6 (2)
Necessitats No Cobertes Usuari	1,4 (1,4)	2 (1,7)
Necessitats No Cobertes Personal	1,5 (1,8)	2,4 (1,8)

A la Taula 8 es pot observar el tipus de necessitats totals i no cobertes segons el punt de vista dels usuaris i del personal. El personal va considerar com a necessitats totals més freqüents, símptomes psicòtics (88,8%), activitats diàries (55,6%), informació sobre el tractament (51,1%), alimentació (39,8%) i allotjament (38,9%). Les més prevalents segons els usuaris van ser símptomes psicòtics (82%), informació sobre el tractament (47,8%), activitats diàries (43,3%), allotjament (30%) i ansietat (23,6%).

Pel que fa a les necessitats no cobertes. Els dominis d'informació sobre el tractament (30%), allotjament (26,7%), activitats diàries (20%), alimentació (14,8%) i símptomes psicòtics (14,6%) van ser les més comuns, segons el punt de vista del personal. Les necessitats no cobertes més freqüentment reportades pels pacients van ser, informació sobre el tractament (35,6%), activitats diàries (18,9%), allotjament (17,8%), ansietat (15,7%) i prestacions (15,6%).

Taula 8. Necessitats totals i no cobertes pel personal i els usuaris

	Necessitats	Necessitats	Necessitats	Necessitats
	Totals Personal	Totals Usuaris	No Cobertes Personal	No Cobertes Usuaris
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Allotjament	35 (38,9)	27 (30)	24 (26,7)	16 (17,8)
2. Alimentació	35 (39,8)	18 (20,2)	13 (14,8)	8 (9)
3. Cura de l'entorn	27 (30)	14 (15,6)	3 (3,3)	1 (1,1)
4. Auto-cura	16 (18)	4 (4,4)	5 (5,6)	0
5. Activitats Diàries	50 (55,6)	39 (43,3)	17 (20)	18 (18,9)
6. Salut Física	14 (15,6)	17 (18,9)	2 (2,2)	3 (3,3)
7. Símptomes Psicòtics	79 (88,8)	73 (82)	13 (14,6)	9 (10,1)
8. Informació tractament	46 (51,1)	43 (47,8)	27 (30)	32 (35,6)
9. Ansietat	17 (19,1)	21 (23,6)	11 (12,4)	14 (15,7)
10. Autoagressivitat	7 (7,8)	7 (7,8)	3 (3,3)	3 (3,3)
11. Heteroagressivitat	5 (5,6)	4 (4,4)	4 (4,4)	3 (3,3)
12. Alcohol	2 (2,2)	1 (1,1)	1 (1,1)	1 (1,1)
13. Drogues	6 (6,7)	6 (6,7)	4 (4,4)	3 (3,3)
14. Contacte Social	16 (17,8)	12 (13,3)	9 (10)	8 (8,9)
15. Relacions Íntimes	5 (5,6)	4 (4,5)	4 (4,5)	5 (5,6)
16. Vida Sexual	10 (11,1)	10 (11,1)	10 (11,1)	10 (11,1)
17. Cura dels fills	13 (14,4)	12 (13,3)	8 (8,9)	6 (6,7)
18. Educació Bàsica	14 (15,7)	11 (12,2)	5 (5,6)	4 (4,4)
19. Telèfon	0	0	0	0
20. Transport	10 (11,1)	2 (2,2)	7 (7,8)	2 (2,2)
21. Diners	20 (22,5)	11 (12,2)	8 (9)	5 (5,6)
22. Prestacions	16 (17,8)	18 (20)	13 (13,3)	14 (15,6)
23. Tractament	18 (20)	17 (18,9)	1 (1,1)	1 (1,1)
24. Delicte Sexual	2 (2,3)	0	0	0
25. Incendi	1 (1,1)	1 (1,1)	0	0

Taula 9. Necessitats totals i no cobertes pel personal i els usuaris en funció del nivell d'atenció 2n i 3r de les UPP

	Necessitats UPP 2n Nivell			Necessitats UPP 3r Nivell		
	Necessitats Totals Usuaris n(%)	Necessitats No Cobertes Personal n(%)	Necessitats No Cobertes Usuaris n(%)	Necessitats Totals Usuaris n(%)	Necessitats No Cobertes Personal n(%)	Necessitats No Cobertes Usuaris n(%)
1. allotjament	6 (20,7)	5 (17,2)	6 (20,7)	20 (32,8)	19 (31,1)	10 (16,7)
2. Alimentació	8 (27,6)	4 (13,8)	4 (13,8)	13 (21,7)	9 (14,8)	4 (6,6)
3. Cura de l'entorn	7 (24,1)	3 (10,7)	1 (3,4)	20 (32,8)	1 (1,6)	0
4. Auto-cura	6 (20,7)	3 (10,7)	0	10 (16,7)	2 (3,4)	0
5. Activitats Diàries	8 (27,6)	8 (27,6)	6 (20,7)	42 (68,9)	10 (16,7)	11 (18)
6. Salut Física	3 (10,7)	4 (13,8)	0	11 (18)	2 (3,4)	2 (3,4)
7. Síntomes Psíquics	25 (86,2)	2 (6,9)	3 (10,7)	54 (90)	11 (18)	6 (9,8)
8. Informació tractament	10 (34,5)	8 (27,6)	8 (27,6)	35 (57,4)	19 (31,1)	24 (39,3)
9. Angoixa	1 (3,4)	5 (17,2)	3 (10,7)	16 (26,7)	10 (16,7)	11 (18)
10. Autoagressivitat	0	0	0	7 (11,5)	3 (4,9)	3 (4,9)
11. Heteroagressivitat	1 (3,4)	0	0	4 (6,6)	3 (4,9)	3 (4,9)
12. Alcohol	1 (3,4)	1 (3,4)	1 (3,4)	1 (1,6)	0	0
13. Drogues	1 (3,4)	2 (6,9)	1 (3,4)	4 (6,6)	3 (4,9)	2 (3,4)
14. Contacte Social	1 (3,4)	2 (6,9)	2 (6,9)	10 (16,7)	8 (13,1)	6 (9,8)
15. Relacions Íntimes	0	1 (3,4)	1 (3,4)	4 (6,6)	4 (6,6)	4 (6,6)
16. Vida Sexual	1 (3,4)	1 (3,4)	1 (3,4)	9 (14,8)	9 (14,8)	9 (14,8)
17. Cura dels fills	1 (3,4)	1 (3,4)	0	11 (18)	8 (13,1)	6 (9,8)
18. Educació Bàsica	3 (10,7)	1 (3,4)	1 (3,4)	8 (13,1)	4 (6,6)	3 (4,9)
19. Telèfon	0	0	0	0	0	0
20. Transport	1 (3,4)	1 (3,4)	0	2 (3,4)	6 (9,8)	2 (3,4)
21. Diners	7 (24,1)	5 (17,2)	3 (10,7)	13 (21,7)	4 (6,6)	2 (3,4)
22. Prestacions	5 (17,2)	4 (13,8)	0	14 (23)	11 (18)	14 (23)
23. Tractament	0	0	0	17 (27,9)	1 (1,6)	1 (1,6)
24. Delicte Sexual	0	0	0	0	0	0
25. Incendi	0	0	0	1 (1,6)	0	0



### Relació entre necessitats, funcionament social, salut percebuda i consciència de malaltia

La Taula 6 mostra els resultats obtinguts a l'escala LSP. Els resultats indiquen que la subescala en la qual els pacients presentaven un pitjor nivell de funcionament social era en comunicació i contacte social. Aquesta subescala avalua conductes directament relacionades amb els símptomes negatius com ara l'expressivitat, l'aïllament social i les dificultats amb el contacte visual o iniciar o respondre a una conversa. Els pacients presentaven també un baix nivell de funcionament en la subescala vida autònoma, amb una mitjana de 21,37 (DE: 4,66). Aquesta subescala avalua els comportaments relacionats amb la capacitat de tenir cura de si mateix amb un cert grau d'autonomia, i inclou elements com ara ser capaç de preparar sol un àpat, tenir cura de la pròpia salut física o ser responsable a la feina. Pel que fa a la puntuació total de l'LSP, la puntuació total va ser de 147,73.

Respecte a la qualitat de vida, les dimensions vitalitat, salut mental i salut general de l'escala SF-36 van ser les pitjor valorades pels pacients (Taula 6). La dimensió vitalitat avalua la sensació d'energia en contraposició a la fatiga i l'esgotament. La dimensió de salut mental està relacionada amb la salut mental general, incloent la depressió, l'ansietat, el control de la conducta o el benestar general. Finalment, la dimensió salut general avalua l'estat de salut actual, les perspectives de futur i la resistència a les malalties. Les dimensions de funció física, funció social i rol físic són les dimensions que van obtenir les puntuacions més altes.

Pel que fa a l'escala SUMD (Taula 6), els pacients presentaven bona consciència del trastorn mental, menor consciència dels efectes de la medicació i encara menor respecte a la consciència de les conseqüències socials del trastorn mental.

La mostra presentava una puntuació mitjana en el funcionament general avaluat per EEAG de 56,9 (DE:11,6 rang 30-80), que descriu un nivell de funcionament que es caracteritza per símptomes moderats o greus i alteracions importants en la vida social, a la feina i en àrees de la família.

La Taula 10 mostra la relació entre el total de necessitats, les necessitats cobertes i no cobertes amb el funcionament general i psicosocial avaluat amb l'EEAG i l'LSP, la salut percebuda amb l'escala SF-36 i la consciència de trastorn mental amb SUMD.

Taula 10. Correlació entre les necessitats totals i no cobertes amb LSP, EEAG, SUMD, SF-36

	Necessitats Totals		Necessitats Cobertes		Necessitats No Cobertes	
	Usuaris	Personal	Usuaris	Personal	Usuaris	Personal
<b>EEAG</b>	-,229 (*)	-,296 (**)	-,078	-,146	-,261 (*)	-,342 (**)
<b>LSP</b>						
Autocura	-,156	-,304 (**)	-,153	-,276 (*)	-,074	-,209
Comportament Social Interpersonal	-,201	-,229 (*)	-,025	-,043	-,272 (*)	-,351 (**)
Comunicació i Contacte Social	-,396 (**)	-,477 (**)	-,271 (*)	-,339 (**)	-,308 (**)	-,439 (**)
Comportament Social No Personal	-,285 (**)	-,332 (**)	-,069	-,142	-,350 (**)	-,416 (**)
Vida Autònoma	-,396 (**)	-,552 (**)	-,263 (*)	-,369 (**)	-,317 (**)	-,536 (**)
LSP Total	-,409 (**)	-,548 (**)	-,247 (*)	-,356 (**)	-,352 (**)	-,5,44 (**)
<b>SF-36</b>						
Vitalitat	-,359 (**)	-,330 (**)	-,282	-,216	-,261	-,330 (**)
Funció Física	-,337 (**)	-,267	-,380 (**)	-,241	-,132	-,193
Dolor Corporal	-,310 (**)	-,194	-,272	-,151	-,198	-,168
Salut General	-,218	-,155	,021	,003	-,344 (**)	-,272
Rol físic	-,368 (**)	-,252	-,352 (**)	-,204	-,207	-,208
Rol Emocional	-,396 (**)	-,208	-,186	-,102	-,409 (**)	-,247
Funció Social	-,503 (**)	-,429 (**)	-,310 (**)	-,272	-,449 (**)	-,440 (**)
Salut Mental	-,398 (**)	-,310 (**)	-,219	-,171	-,380 (**)	-,347 (**)
<b>SUMD</b>						
Consciència de Trastorn Mental	,024	,209 (*)	,104	,138	,066	,205
Consciència dels efectes de la Medicació	,276 (**)	,422 (**)	,280 (**)	,335 (**)	,139	,351 (**)
Consciència de les conseqüències socials del Tr. Mental	,176	,376 (**)	,259 (*)	,342 (**)	,012	,264 (*)

\*\* La correlació és significativa al nivell 0,01 (2 cues). \* La correlació és significativa al nivell 0,05 (2 cues)

Hi ha una correlació negativa significativa ( $p < 0,01-0,05$ ) entre les necessitats totals avaluades pel personal i per l'usuari amb l'EEAG. Les necessitats totals segons el personal, correlacionaven negativament amb totes les escales d'LSP i la puntuació total. Les necessitats segons els usuaris també correlacionaven negativament amb les subescales LSP, excepte les de comportament social interpersonal i autocura. Pel que fa a les necessitats no cobertes valorades pels pacients i pel personal, es va trobar una relació negativa significativa amb l'EEAG i la puntuació total de l'LSP, així com amb totes les subescales excepte la d'autocura.

Es va donar una correlació negativa significativa ( $p < 0,01-0,05$ ) entre les necessitats totals avaluades pels pacients i totes les subescales de l'SF-36, excepte amb la subescala de

salut general. En relació amb les valoracions del personal, hi havia una correlació negativa significativa amb les subescales vitalitat, funció social i salut mental.

Pel que fa a les necessitats no cobertes, es va donar una correlació negativa significativa amb les subescales funció social i salut mental, segons el punt de vista tant de pacients com del personal. Mentre que les necessitats no cobertes segons els usuaris també correlacionaven amb la salut general i el rol emocional, i la vitalitat correlacionava negativament amb les necessitats no cobertes segons el personal.

En relació amb les necessitats totals i les subescales de la SUMD, es va donar una correlació negativa significativa entre totes les subescales i les necessitats totals valorades pel personal, mentre que les necessitats totals valorades pels pacients només correlacionaven amb la consciència dels efectes de la medicació. Pel que fa a les necessitats no cobertes es va produir una correlació negativa amb les del personal i dues subescales de SUMD, la consciència dels efectes de la medicació i la consciència de les conseqüències socials de trastorn mental.

La Taula 11 conté les variables que van explicar el nombre total de les necessitats i les necessitats no cobertes, segons el model de regressió lineal múltiple. El nombre de necessitats avaluades pel pacient s'explicava per la subescala comunicació i contactes social de l'LSP i les subescales funció social i rol emocional de l'SF-36, així com la subescala consciència dels efectes de la medicació de la SUMD ( $r^2 = 0,34$ ).

Les variables que explicaven millor la presència de necessitats tant des del punt de vista del personal com dels pacients van ser les mateixes, excepte el rol emocional ( $r^2 = 0,51$ ). En el cas de les necessitats no cobertes segons els pacients, les variables que van explicar millor la seva presència van ser les subescales conducta social no personal i comunicació i conducta social de l'LSP, així com el rol emocional de l'SF-36 ( $r^2 = 0,278$ ). Les necessitats no cobertes segons el punt de vista del personal s'explicaven per les subescales comportament social no personal i vida autònoma de l'LSP ( $r^2 = 0,391$ ). L'edat, el nivell educatiu, l'estat civil, la nacionalitat, el diagnòstic, la situació legal, i els dies d'estada a la presó, així com l'EEAG i altres subescales de l'LSP no es van incloure en el model doncs l'anàlisi les va excloure.

Taula 11. Influència de les variables, funcionament general, social i consciència de malaltia en les necessitats totals i no cobertes

	Necessitats Totals		Necessitats No Cobertes	
	Usuaris	Personal	Usuaris	Personal
	B (CI)	B (CI)	B (CI)	B (CI)
<b>SUMD Consciència dels efectes de la medicació</b>	,414 (,162; ,666)	,744 (,439; 1,048)	-----	-----
<b>SF-36 Funció Social</b>	-,033 (-,058; -,009)	-,045 (-,072; -,017)	-----	-----
<b>SF-36 Rol Emocional</b>	-,015 (-,028; -,003)		-,014 (-,024; -,005)	
<b>LSP Comunicació i Contacte Social</b>	-,239 (-,363; -,115)	-,379 (-,529; -,229)	-,128 (-,223; -,032)	-----
<b>LSP Comportament Social No Personal</b>	-----	-----	-,348 (-,595; -,102)	-,488 (-,729; -,247)
<b>LSP Vida Autònoma</b>	-----	-----	-----	-,171 (-,239; -,103)
<b>R<sup>2</sup></b>	<b>,434</b>	<b>,51</b>	<b>,278</b>	<b>,391</b>

### **Estudi 3: Estudi longitudinal de les necessitats dels pacients amb trastorn psicòtic ingressats en les unitats de rehabilitació de les UPP**

#### Característiques sociodemogràfiques, clíniques i judicials

Els pacients inclosos en aquest estudi van ser un total de 16. Aquesta mostra representava el 38,1% del total dels pacients de les unitats de rehabilitació de les UPP incloses en l'estudi, que compten amb 43 places.

Les característiques sociodemogràfiques es descriuen a la Taula 12. Tots els pacients eren homes, originaris d'Espanya en un 50%, seguit de pacients originaris del Marroc i la resta provenien de quatre països més; Colòmbia, Bolívia, Portugal i Sèrbia. Els pacients tenien una mitjana de 37,34 anys; el pacient més gran era un senyor de 62 anys, i el més jove tenia 23 anys. El 43,8% tenien estudis primaris complerts i un 25% no van finalitzar els estudis primaris. Un 81,5% de la mostra eren solters i un 12,5% divorciats o vidus, mentre que el 6,3% estava casat. De tots els pacients, el 75% no tenien fills, i un 25% tenien un fill o més d'un fill.

Respecte a la vida laboral, un 62,5% havia treballat abans de la seva entrada a presó, i un 25% va treballar durant la seva estada a presó. Un 62,5% tenia reconegut un grau de disminució. D'aquests, la meitat tenia un grau reconegut que superava el 65%. La font d'ingressos dels pacients depenia de les famílies en un 43,8%, un altre 43,8% rebien els ingressos de la seva pensió per discapacitat, mentre que el 12,5% no tenien cap ingrés. Els pacients que no tenen ingressos econòmics reben, el que es coneix com a "indigència", que és un ingrés de 20 euros mensuals que facilita el centre penitenciari, sempre que no hi hagi cap entrada econòmica ens els tres mesos previs.

El 56,3% de la mostra tenia esquizofrènia com a diagnòstic principal, el 12,5% trastorn delirant, un altre 12,5% trastorn psicòtic no especificat i un 6,3% trastorn bipolar amb símptomes psicòtics. El 43,8% dels pacients tenien un diagnòstic comòrbid en l'Eix I de trastorn per ús de substàncies o d'alcohol.

Respecte a l'Eix II, una quarta part de la mostra tenia criteris per a algun tipus de trastorn de la personalitat comòrbid, un 6,3% presentava una discapacitat intel·lectual i un 68,8% no presentava cap diagnòstic a l'Eix II.

Taula 12. Dades sociodemogràfiques, clíniques i judicials

	<b>X (DE)</b>
<b>Temps de condemna</b>	2403.38 dies (1346.874)
<b>Edat</b>	37,34 (12,25)
	<b>N (%)</b>
<b>País Origen</b>	
Espanya	8 (50)
Marroc	4 (25)
Portugal	1 (6,3)
Colòmbia	1 (6,3)
Bolívia	1 (6,3)
Sèrbia	1 (6,3)
<b>Nivell Estudis</b>	
Estudis Educació Primària Incomplets	4 (25)
Estudis Educació Primària Complerts	7 (43,8)
Estudis Educació Secundària Incomplets	2 (12,5)
Estudis Educació Secundària Complerts	2 (12,5)
Estudis Universitaris Incomplets	1 (6,3)
<b>Treball abans de l'entrada a presó</b>	
Si	10 (62,5)
No	6 (37,5)
<b>Treball dins la presó</b>	
Si	4 (25)
No	12 (75)
<b>Estat Civil</b>	
Solter	13 (81,3)
Casat	1 (6,3)
Divorciat/Vidu	2 (12,5)
<b>Fills</b>	
Un fill	1 (6,3)
Més d'un fill	3 (18,8)
Cap	12 (75)
<b>Grau Disminució</b>	
Si	10 (62,5)
No	6 (37,5)
<b>Percentatge del Grau</b>	
< 65	5 (50)
> 65	5 (50)
<b>Font d'Ingressos</b>	
Pensió discapacitat	7 (43,8)
Família	7 (43,8)
Cap	2 (12,5)
<b>Diagnòstic Eix I</b>	
Esquizofrènia	9 (56,3)
Trastorn Esquizoafectiu	2 (12,5)
Trastorn Delirant	2 (12,5)
Trastorn Psicòtic No Especificat	2 (12,5)
Trastorn Bipolar amb Síntomes Psicòtics	1 (6,5)
Comorbilitat per Ús de Substàncies/OH	7 (43,8)
<b>Diagnòstic Eix II</b>	
Trastorn de Personalitat	4 (25,1)
Discapacitat Intel·lectual	1 (6,3)
Altres	1 (6,3)
Sense diagnòstic	11 (68,8)
<b>Delicte</b>	
Assassinat/Homicidi	6 (37,5)
Delicte Sexual	1 (6,3)
Delicte de Violència/lesions	2 (12,5)
Robatori Violent	6 (37,5)
Furt	1 (6,3)
<b>Situació Legal</b>	
Penat (2on Grau)	4 (25)
Mesura de Seguretat	12 (75)
<b>Antecedents Penals</b>	
Si	2 (12,5)
No	14 (87,5)
<b>Causes Pendants</b>	
Si	2 (12,5)
No	14 (87,5)

El 93,7% havia comès un delictes de tipus violent. Un 37,5% havia comès un delictes d'assassinat o homicidi, un altre 37,5%, va cometre robatori amb violència, un 12,5%, va cometre un delictes de lesions, i un 6,3% un delictes sexual. Pel que fa a la situació legal dels pacients, el 75% estava en compliment d'una mesura de seguretat i la resta estaven en compliment d'una pena. El 87,5% no tenien antecedents penals ni causes pendents. Pel que fa al temps de condemna, la mitjana era de 2.403 dies amb una desviació de 1.346,87 dies.

### Evolució de la simptomatologia psicòtica

Tots els pacients van ser avaluats, per part del psiquiatre o psicòleg referent del pacient, amb l'escala PANSS en tres moments al llarg de l'estudi. A la Taula 13, que mostra l'evolució de les puntuacions de totes les escales administrades a l'estudi, es pot veure l'evolució de la puntuació de l'escala en el moment basal, als 6 mesos i als 12. Es pot consultar la Figura 2 per visualitzar de manera més senzilla l'evolució de la puntuació de la PANSS. Totes les puntuacions van ser en general baixes, és a dir, la presència de simptomatologia no era notòria.

Amb relació a la simptomatologia positiva (PANSS P), que avalua símptomes com els deliris, la desorganització conceptual, la conducta al·lucinatòria, l'excitació, la grandiositat, la suspicàcia o perjudici i l'hostilitat, en l'avaluació basal la mitjana de la puntuació era de 13,44 (DE: 4,44) mentre que als 6 mesos era de 11,56 (DE: 3,96) i als 12 mesos de 9,63 (DE: 2,58). Aquesta diferència va ser significativa entre el moment basal i els 6 mesos (Wilcoxon  $p = 0,049$ ) i també entre el moment basal i els 12 mesos (Wilcoxon  $p = 0,001$ ).

Pel que fa a l'escala per símptomes negatius de la PANSS (PANSS-N), que avalua l'embotiment afectiu, la retracció emocional i social, la falta d'espontaneïtat i fluïdesa en la conversa, el pensament estereotipat i la dificultat en el pensament abstracte, en l'avaluació basal els pacients presentaven una mitjana de puntuació de 19,25 (DE: 9,57) i als 6 mesos la puntuació era de 17,81 (DE: 9,43), mentre que als 12 mesos la puntuació es situava en els 15,13 (DE: 6,35). A nivell estadístic la diferència entre el moment basal i els 12 mesos va ser estadísticament significativa (Wilcoxon  $p = 0,008$ ).

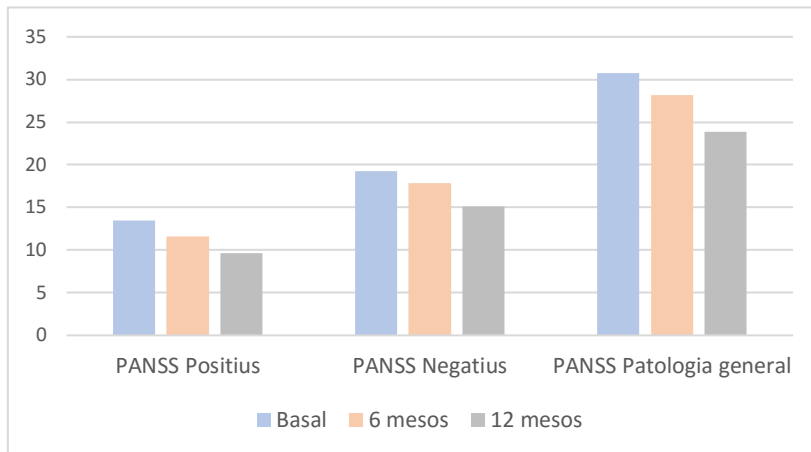
Taula 13. Evolució dels resultats dels instruments administrats

	<i>Basal</i>	<i>6 mesos</i>	<i>12 mesos</i>	<i>Significació Basal - 6 mesos</i>		<i>Significació Basal - 12 mesos</i>	
				<i>Z</i>	<i>p&gt;(*&lt;.05)</i>	<i>Z</i>	<i>p(*&lt;.05)</i>
<i>EEAG</i>	51,88 (13)	57,50 (11,83)	61,25 (9,57)	-2,539	,011*	-2,692	,007*
<i>PANSS P</i>	13,44 (4,44)	11,56 (3,96)	9,63 (2,58)	-1,968	,049*	-3,186	,001*
<i>PANSS N</i>	19,25 (9,57)	17,81 (9,43)	15,13 (7,65)	-1,166	,244	-2,658	,008*
<i>PANSS PG</i>	30,75 (11,18)	28,19 (13)	23,88 (6,35)	-1,790	,073	-2,814	,005*
<i>LSP Autocura</i>	34,75 (5,03)	37,56 (2,78)	39,31 (1,13)	-2,072	,038*	-3,052	,002*
<i>LSP Comp. Social Interpersonal</i>	33,69 (4,42)	36,06 (2,88)	37,13 (1,89)	-2,483	,013*	-2,968	,003*
<i>LSP Comunicació i Contacte Social</i>	17,38 (4,88)	19,88 (3,7)	21,13 (2,65)	-3,054	,002*	-3,050	,002*
<i>LSP Comp. Social No Personal</i>	21,63 (3,1)	22,88 (1,74)	23,81 (0,40)	-1,691	,091	-2,487	,013*
<i>LSP Vida Autònoma</i>	16,63 (4,48)	18,06 (3,04)	19,38 (3,07)	-1,626	,104	-2,540	,011*
<i>LSP Total</i>	124,06 (17,2)	134,43 (10,9)	140,75 (6,61)	-2,474	,013*	-3,000	,003*
<i>HCR20 Històrics</i>	10,50 (3,61)	10,50 (3,46)	10,63 (3,57)	,000	1,0	-,552	,581
<i>HCR20 Clínics</i>	3,63 (2,15)	2,69 (2,21)	1,69 (1,85)	-1,743	,081	-2,773	,006*
<i>HCR20 Risc</i>	5,44 (2,63)	4,25 (2,32)	3,13 (2,21)	-1,963	-,050*	-3,085	,002*
<i>HCR20 Total</i>	19,56 (7,1)	17,50 (5,56)	15,31 (5,23)	-1,907	0,57	-2,902	,004*
<i>Nec. Totals Usuari</i>	7,69 (3,17)	6,63 (2,91)	4,94 (2,38)	-2,223	,026*	-2,964	,003*
<i>Nec. Totals Personal</i>	9,94 (3,29)	8,94 (2,64)	5,94 (2,72)	-2,395	,017*	-3,236	,001*
<i>Nec. Cobertes Usuari</i>	3,63 (1,85)	4,44 (2,03)	3,88 (2,06)	-1,521	,128	-,286	,775
<i>Nec. Cobertes Personal</i>	4,31 (1,92)	6,38 (2,15)	5 (2,06)	-2,838	,005*	-,531	,596
<i>Nec No Cobertes Usuari</i>	4,06 (2,72)	2,19 (1,55)	1,06 (1,12)	-2,815	,005*	-3,126	,002*
<i>Nec. No Cobertes Personal</i>	5,63 (2,87)	2,56 (1,86)	1 (1,03)	-3,256	,001*	-3,419	,001*

En l'escala de psicopatologia general de la PANSS (PANSS-PG), que fa referència a símptomes com les preocupacions somàtiques, l'ansietat, el sentiment de culpa, la depressió, la manca de col·laboració, l'atenció deficient o l'evitació social, entre d'altres, la puntuació basal va ser de 30,75 (DE: 11,18), mentre que als 6 mesos la puntuació era de 28,19 (DE: 13) i als 12 mesos de 23,65 (DE: 6,35). La diferència va ser estadísticament significativa entre el moment basal i els 12 mesos (Wilcoxon  $p = 0,005$ ).



Figura 2. Evolució de les puntuacions de l'escala PANSS



### Evolució del funcionament social i general

L'escala LSP es va administrar a tots els pacients, i va ser puntuada pel personal d'infermeria o pel psicòleg referent del pacient. La Taula 13 mostra la puntuació mitjana i la desviació estàndard de les cinc subescales de l'LSP, així com la significació estadística. A la Figura 3 es pot visualitzar l'evolució en la puntuació de les subescales de l'LSP en els tres moments d'avaluació. Pel que fa a la subescala d'autocura, que avalua aspectes com la higiene, la consciència de malaltia, la col·laboració amb els professionals o els hàbits de conducta, els pacients en l'avaluació basal presentaven una puntuació de 34,75 (DE: 5,03), mentre que als 6 mesos la puntuació va augmentar fins a 37,56 (DE: 2,78) i als 12 mesos a 39,31 (DE: 1,13). La diferència entre els moments d'avaluació era estadísticament significativa en la comparació del moment basal i els 6 mesos (Wilcoxon  $p = 0,038$ ) i entre el moment basal i l'avaluació final (Wilcoxon  $p = 0,002$ ).

Amb relació a la subescala de comportament social interpersonal que avalua conductes conflictives com la violència, ofendre's fàcilment o l'abús de tòxics, així com d'altres com interrompre les converses o fer referència a temàtiques estranyes, en l'avaluació basal els pacients presentaven una puntuació de 33,69 (DE: 4,42) mentre que a l'avaluació als 6 mesos era de 36,06 (DE: 2,88) i als 12 mesos de 37,13 (DE: 1,89). La diferència en les puntuacions d'aquesta subescala va ser significativa tant entre el moment d'avaluació basal i els 6 mesos (Wilcoxon  $p = 0,013$ ) com en la diferència entre el moment basal i els 12 mesos (Wilcoxon  $p = 0,003$ ).

La subescala comunicació i contacte social, que avalua la participació i relació social del pacient amb el seu entorn, presentava unes puntuacions en l'avaluació basal de 17,38 (DE: 4,88), augmentant en l'avaluació als 6 mesos fins a 19,88 (DE: 3,7) i amb una puntuació als 12 mesos de 31,13 (DE: 2,65). Igual que en la subescala anterior, la diferència entre el moment basal d'avaluació i els 6 mesos, així com als 12 mesos, era estadísticament significativa (Wilcoxon  $p = 0.002$ ).

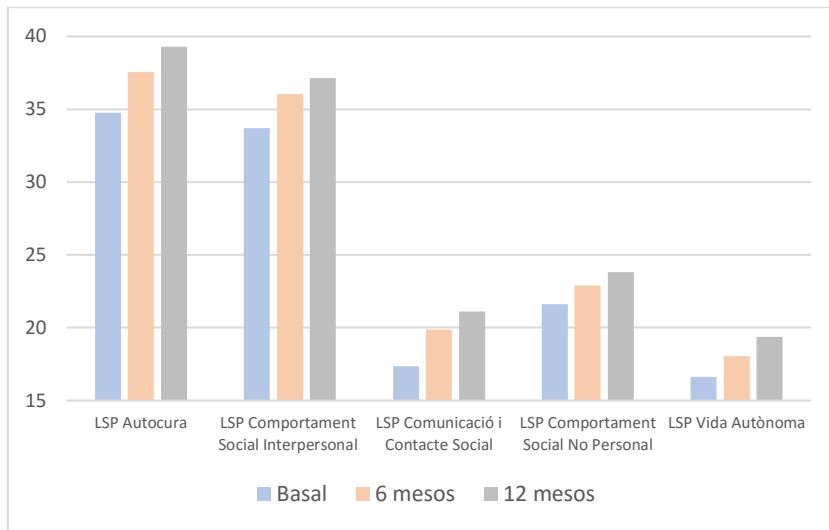
Pel que fa a la subescala de comportament social no personal, que fa referència a conductes com la irresponsabilitat, la invasió de l'espai, els robatoris o les autolesions, els pacients presentaven una puntuació en el moment basal de 21,63 (DE: 3,1) que va augmentar en l'avaluació als 6 mesos fins a 22,88 (DE: 1,74) i en la darrera avaluació als 12 mesos era de 23,81 (DE: 0,40). En aquest cas, la diferència va ser estadísticament significativa en la comparació de puntuacions del moment basal i els 12 mesos (Wilcoxon  $p = 0,013$ ).

La subescala vida autònoma, que es refereix a les conductes que requereixen cert grau d'autonomia, com les tasques domèstiques, la feina o els hobbies, els pacients tenien una puntuació a l'avaluació basal de 16,63 (DE: 4,48), als 6 mesos, de 18,06 (DE: 3,04) i a l'avaluació als 12 mesos era de 19,38 (DE: 3,07). La diferència entre l'avaluació basal i l'avaluació als 12 mesos va ser estadísticament significativa (Wilcoxon  $p = 0,001$ ).

L'escala LSP també permet extraure una puntuació final, que en el moment basal va ser de 124,06 (DE: 17,2), augmentant als 6 mesos fins a 134,43 (DE: 10,9) i en el moment d'avaluació final era de 140,75 (DE: 6,61). Les diferències entre el moment inicial d'avaluació i els 6 mesos van ser estadísticament significatives (Wilcoxon  $p = 0,013$ ), al igual que la diferència entre el moment basal d'avaluació i els 12 mesos (Wilcoxon  $p = 0,003$ ).

El funcionament general va ser avaluat amb l'escala EEAG. En l'avaluació inicial la puntuació va ser de 51,88 (DE :13), als 6 mesos de 57,50 (DE: 11,83) i als 12 mesos de 61,25 (DE: 9,57). Les diferències entre el moment inicial d'avaluació i els 6 mesos van ser estadísticament significatives (Wilcoxon  $p = 0,011$ ), al igual que la diferència entre el moment basal d'avaluació i els 12 mesos (Wilcoxon  $p = 0,007$ ).

Figura 3. Evolució de les puntuacions de l'escala LSP



### Evolució dels factors de risc de violència

L'avaluació dels factors de risc de violència es va realitzar amb l'escala HCR 20. Aquesta escala, com hem explicat a l'apartat 3.3, disposa de tres tipus de factors de risc: els històrics, que és mantenen en el temps; els clínics, que són dinàmics, i els de gestió del risc, que també són dinàmics. També podem extreure una puntuació total. La Taula 13 mostra les mitjanes, desviacions estàndards i la significació estadística de l'HCR-20 juntament amb la resta d'escala. Per visualitzar l'evolució de les puntuacions únicament de l'HCR20 de manera més senzilla es pot consultar la Figura 4.

L'escala HCR-20 valora el risc d'acord amb la consideració que fa el professional segons tres nivells de risc: alt, mitjà i baix. La taula 14 mostra l'evolució de les valoracions clíniques al llarg de les tres avaluacions.

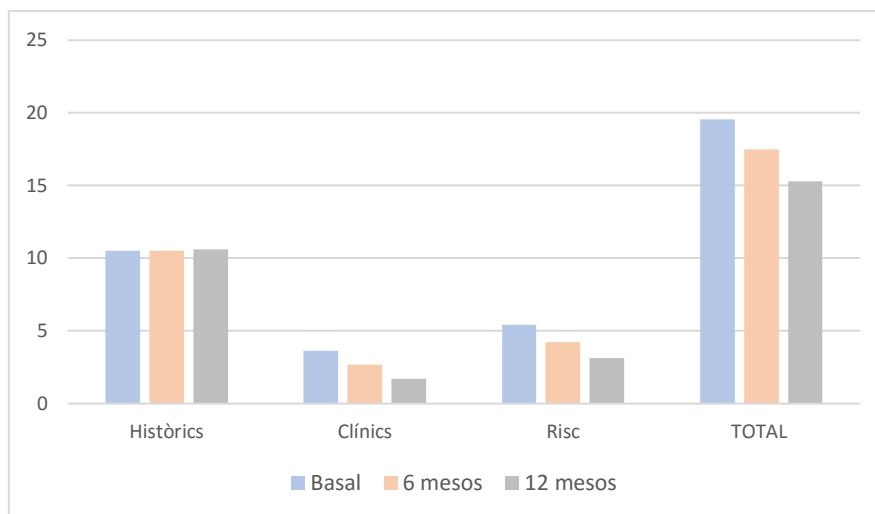
Pel que fa als factors històrics, es pot observar que la puntuació no va patir canvis, i es va mantenir amb una mitjana de 10,50 (DE: 3,5).

Els factors clínics, que avaluen els factors relacionats amb la manca d'introspecció, la presència de símptomes o la manca de resposta al tractament, entre d'altres, van mostrar una disminució entre els tres moments d'avaluació. En el moment inicial era de 3,63 (DE: 2,15), a l'avaluació als 6 mesos era de 2,69 (DE: 2,21) i en el moment de l'avaluació final

va disminuir fins a 1,69 (DE: 1,85). La diferència va ser estadísticament significativa entre el moment inicial i els 12 mesos (Wilcoxon  $p = 0,006$ ).

Pel que fa als factors de gestió del risc, que avaluen factors com l'absència de plans viables de futur, la manca de suport social o l'alt nivell d'estrès, entre d'altres, presentaven canvis entre els tres moments d'avaluació. En el moment inicial la presència de factors de risc era de 5,44 (DE: 2,63), mentre que als 6 mesos va ser de 4,25 (DE: 2,32) i en el moment de l'avaluació final era de 3,13 (DE: 2,21). Les diferències van estadísticament significatives entre el moment basal i els 6 mesos (Wilcoxon  $p = 0,050$ ) i també entre el moment inicial i el final (Wilcoxon  $p = 0,002$ ). Amb relació a la puntuació del total de factors de risc, podem observar com en el moment inicial la mitjana de factors presents era de 19,56 (DE: 7,1), als 6 mesos, de 17,50 (DE: 5,56) i als 12 mesos la mitjana va ser de 15,31 (DE: 5,23). Les diferències entre les puntuacions inicials i el moment final eren significatives (Wilcoxon  $p = 0,004$ ).

Figura 4. Evolució de les puntuacions de l'escala HCR-20



Taula 14. Valoració clínica de l'HCR-20

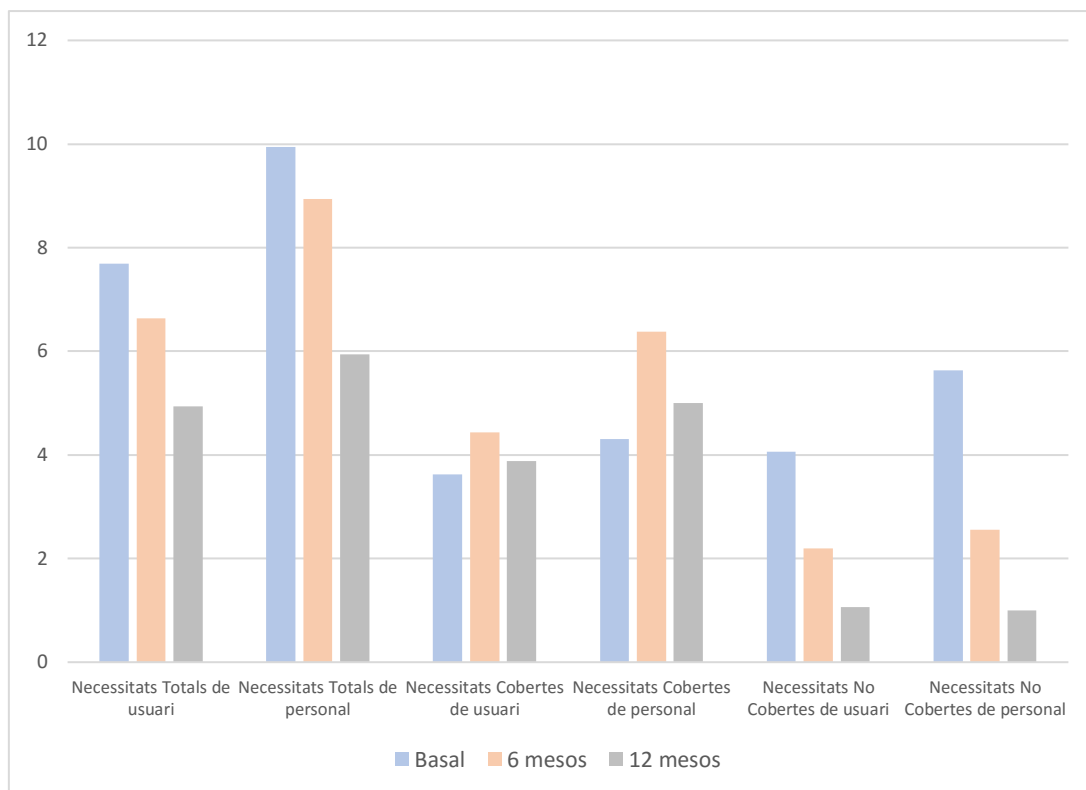
	Basal n (%)	6 mesos n (%)	12 mesos n (%)
<b>Risc Alt</b>	9 (56,25)	4 (25)	1 (6,25)
<b>Risc Mitjà</b>	2 (12,5)	8 (50)	8 (50)
<b>Risc Baix</b>	5 (31,25)	4 (25)	7 (43,75)

### Evolució de les necessitats

Les necessitats van ser avaluades amb l'escala CANFOR, que van respondre tant els pacients com el psicòleg referent del cas.

L'escala CANFOR permet obtenir puntuacions respecte a les necessitats cobertes, les necessitats no cobertes, i les necessitats totals, que són la suma de les cobertes i les no cobertes. A la Taula 10 es mostra el nombre de necessitats totals, cobertes i no cobertes i les desviacions estàndards per part de la valoració de l'usuari i del personal en els tres moments d'avaluació. Es pot consultar la Figura 5 per visualitzar l'evolució, exclusivament de l'escala CANFOR.

Figura 5. Evolució de les puntuacions de l'escala CANFOR



Segons els usuaris, la mitjana de necessitats totals en el moment basal, era de 7,69 (DE: 3,17), als 6 mesos, de 6,63 (DE: 2,91), i de 4,94 (DE: 2,38) als 12 mesos. La diferència entre el moment basal i els 6 mesos era estadísticament significativa (Wilcoxon  $p = 0,026$ ) i també ho era entre el moment basal i els 12 mesos (Wilcoxon  $p = 0,003$ ). Amb relació a les necessitats totals avaluades per part del personal, en el moment basal van identificar

una mitjana de 9,94 (DE: 3,29), mentre que als 6 mesos van ser de 8,94 (DE: 2,64) i als 12 mesos eren de 5,94 (DE: 2,72). Les diferències van ser estadísticament significatives tant en la comparació de l'avaluació basal i els 6 mesos (Wilcoxon  $p = 0,017$ ) com entre l'avaluació basal i els 12 mesos (Wilcoxon  $p = 0,001$ ).

Pel que fa a les necessitats cobertes, els usuaris consideraven que en el moment basal el nombre de necessitats cobertes era de 3,63 (DE: 1,85), als 6 mesos, de 4,44 (DE: 2,03) i als 12 mesos de 3,88 (DE: 2,06). Aquestes diferències no van ser significatives. Per altra banda, el total de necessitats cobertes segons el personal en el moment de l'avaluació basal va ser de 4,31 (DE: 2,72), als 6 mesos de 6,38 (DE: 2,15) i als 12 mesos de 5 (DE: 2,06). En aquest cas, només la diferència entre l'avaluació basal i l'avaluació als 6 mesos era significativa (Wilcoxon  $p = 0,005$ ).

Les necessitats no cobertes segons el punt de vista de l'usuari van ser de 4,06 (DE: 2,72) en l'avaluació basal, de 2,19 (DE: 1,55) als 6 mesos, i als 12 mesos de 1,06 (DE: 1,12). Les diferències entre el moment inicial i l'avaluació als 6 mesos va ser significativa, (Wilcoxon  $p = 0,005$ ) al igual que la diferència entre el moment inicial i els 12 mesos (Wilcoxon  $p = 0,002$ ). Finalment, el total de necessitats no cobertes que identificava el personal en el moment inicial va ser de 5,63 (DE: 2,87), de 2,56 (DE: 1,86) als 6 mesos i d'1 (DE: 1,03) als 12 mesos. Les diferències entre el moment inicial i els 6 mesos va ser significativa (Wilcoxon  $p = 0,001$ ), al igual que la diferència entre el moment inicial i els 12 mesos (Wilcoxon  $p = 0,001$ ).

A la Taula 15 es mostren les necessitats totals avaluades pels usuaris i pel personal en els tres moments d'avaluació. Es poden consultar les Figures 6 i 7, que presenten les necessitats totals i no cobertes ordenades segons la prevalença.

En l'avaluació inicial, els usuaris van identificar com a necessitats totals més presents la informació sobre el tractament (75%), l'allotjament i els símptomes psicòtics (68,8%) i l'angoixa (56,3%). Segons el personal en el moment inicial, la necessitat total més present era símptomes psicòtics, present en tota la mostra, la necessitat d'informació sobre el tractament (87,5%) i les activitats diàries (75%).

Als 6 mesos, la presència de necessitats totals segons els usuaris seguien sent informació sobre el tractament i allotjament (75%) i els símptomes psicòtics (62,5%). Pel que fa a

l'avaluació segons el personal, la presència de símptomes psicòtics era la més prevalent (93,8%), seguida d'informació sobre el tractament (81,3%) i l'allotjament (68,8%).

Taula 15. Evolució de les necessitats totals de l'Escala CANFOR

	<i>Avaluació Basal</i>		<i>Avaluació 6 mesos</i>		<i>Avaluació 12 mesos</i>	
	<i>Necessitats Totals Usuari n (%)</i>	<i>Necessitats Totals Personal n (%)</i>	<i>Necessitats Totals Usuari n (%)</i>	<i>Necessitats Totals Personal n (%)</i>	<i>Necessitats Totals Usuari n (%)</i>	<i>Necessitats Totals Personal n (%)</i>
<b>1. Allotjament</b>	11 (68,8)	11 (68,8)	11 (68,8)	11 (68,8)	11 (68,8)	11 (68,8)
<b>2. Alimentació</b>	8 (50)	11 (68,8)	9 (56,3)	5 (31,3)	7 (43,8)	8 (50)
<b>3. Cura de l'entorn</b>	2 (12,5)	6 (37,5)	1 (6,3)	3 (18,8)	0	1 (6,3)
<b>4. Autocura</b>	1 (6,3)	5 (31,3)	1 (6,3)	2 (12,5)	0	1 (6,3)
<b>5. Activitats diàries</b>	8 (50)	12 (75)	5 (31,3)	10 (62,5)	6 (37,5)	9 (56,3)
<b>6. Salut Física</b>	6 (37,5)	8 (50)	4 (25)	7 (43,8)	5 (31,3)	7 (43,8)
<b>7. Símptomes Psicòtics</b>	11 (68,8)	16 (100)	10 (62,5)	15 (93,8)	6 (37,5)	8 (50)
<b>8. Informació tractament</b>	12 (75)	14 (87,5)	12 (75)	13 (81,3)	5 (31,3)	6 (37,5)
<b>9. Angoixa</b>	9 (56,3)	10 (62,5)	8 (50)	10 (62,5)	7 (43,8)	7 (43,8)
<b>10. Autoagressivitat</b>	2 (12,5)	1 (6,3)	0	0	0	0
<b>11. Heteroagressivitat</b>	4 (25)	4 (25)	1 (6,3)	1 (6,3)	1 (6,3)	1 (6,3)
<b>12. Alcohol</b>	2 (12,5)	2 (12,5)	1 (6,3)	2 (12,5)	0	0
<b>13. Drogues</b>	4 (25)	4 (25)	5 (31,3)	6 (37,5)	1 (6,3)	1 (6,3)
<b>14. Contacte Social</b>	6 (37,5)	10 (62,5)	6 (37,5)	9 (56,3)	4 (25)	5 (31,3)
<b>15. Relacions Íntimes</b>	5 (31,3)	8 (50)	5 (31,3)	8 (50)	4 (25)	4 (25)
<b>16. Vida Sexual</b>	3 (18,8)	5 (31,3)	3 (18,8)	4 (25)	4 (25)	5 (31,3)
<b>17. Cura dels fills</b>	1 (6,3)	1 (6,3)	1 (6,3)	1 (6,3)	1 (6,3)	1 (6,3)
<b>18. Educació Bàsica</b>	4 (25)	4 (25)	4 (25)	4 (25)	3 (18,8)	3 (18,8)
<b>19. Telèfon</b>	0	0	0	0	0	0
<b>20. Transport</b>	4 (25)	5 (31,3)	2 (12,5)	4 (25)	1 (6,3)	2 (12,5)
<b>21. Diners</b>	7 (43,8)	10 (62,5)	4 (25)	7 (43,8)	4 (25)	5 (31,3)
<b>22. Prestacions</b>	6 (37,5)	7 (43,8)	8 (50)	8 (50)	6 (37,5)	6 (37,5)
<b>23. Tractament</b>	6 (37,5)	5 (31,3)	7 (43,8)	6 (37,5)	3 (18,8)	3 (18,8)
<b>24. Delicte Sexual</b>	0	1 (6,3)	0	1 (6,3)	0	1 (6,3)
<b>25. Incendi</b>	0	0	0	0	0	0

En el moment final, els usuaris van valorar que la necessitat total més present era l'allotjament (68,8%), seguit de l'alimentació i l'angoixa (43,8). Pel que fa al personal, la necessitat més present en el darrer moment d'avaluació va ser l'allotjament (68,8%), seguit dels símptomes psicòtics i l'alimentació (50%).

Figura 6. Evolució de les necessitats totals dels usuaris

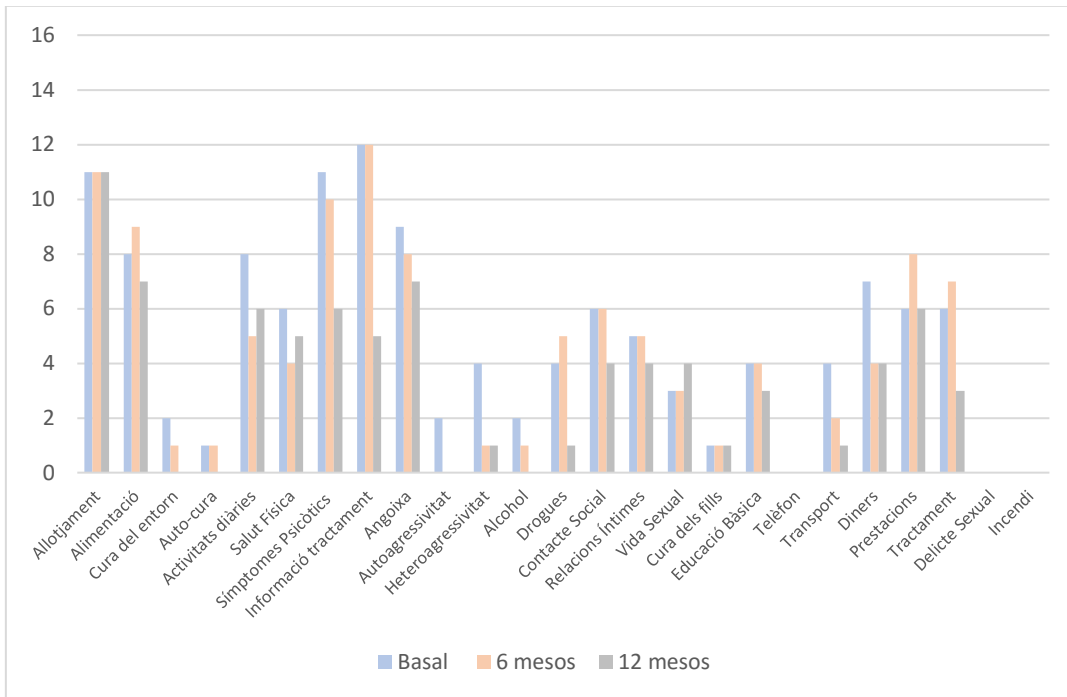
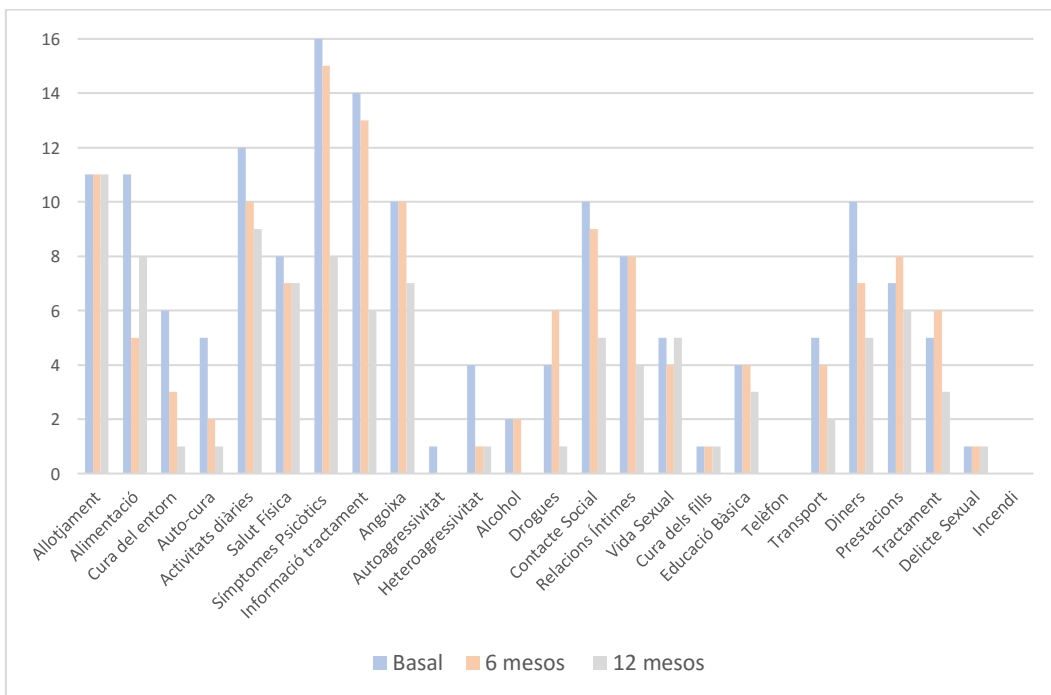


Figura 7. Evolució de les necessitats totals del personal





Pel que fa a les necessitats no cobertes (Taula 14) l'evolució al llarg de les tres avaluacions va variar notablement. Les Figures 8 i 9 mostren de manera gràfica l'evolució del tipus de necessitats al llarg dels tres moments d'avaluació, ordenades segons la prevalença.

Pel que fa als usuaris, en l'avaluació inicial consideraven que la necessitat més prevalent no coberta era la informació sobre el tractament (50%), seguida de l'angoixa i l'allotjament, (43,5%). El personal, en el moment inicial, considerava que la necessitat no coberta més present era la informació sobre el tractament (62,5%), seguida de l'alimentació i el contacte social (56,3%).

En l'avaluació als 6 mesos, els usuaris valoraven que les necessitats no cobertes més comunes eren l'allotjament (43,5%) i, en segon lloc, les relacions íntimes i les prestacions (31,3%). El personal considerava que en l'avaluació als 6 mesos, les necessitats que encara es mantenien com a no cobertes, eren l'allotjament i les relacions íntimes (43,8%), seguit de l'alimentació (37,5%).

Finalment, al final de l'estudi, en l'avaluació als 12 mesos, els usuaris consideraven que les necessitats que continuaven estant no cobertes eren l'alimentació i l'allotjament (25%), seguit de les relacions íntimes i el contacte social (18,8%). El personal, per la seva banda, considerava que als 12 mesos es mantenien sense cobrir les mateixes necessitats que consideraven els pacients.

Taula 16. Evolució de les necessitats no cobertes de l'Escala CANFOR

	<i>Avaluació Basal</i>		<i>Avaluació 6 mesos</i>		<i>Avaluació 12 mesos</i>	
	<b>Necessitats No Cobertes Usuari n (%)</b>	<b>Necessitats No Cobertes Personal n (%)</b>	<b>Necessitats No Cobertes Usuari n (%)</b>	<b>Necessitats No Cobertes Personal n (%)</b>	<b>Necessitats No Cobertes Usuari n (%)</b>	<b>Necessitats No Cobertes Personal n (%)</b>
<b>1. Allotjament</b>	7 (43,8)	7 (43,8)	7 (43,8)	7 (43,8)	4 (25)	3 (18,8)
<b>2. Alimentació</b>	4 (25)	9 (56,3)	3 (18,8)	6 (37,5)	4 (25)	3 (18,8)
<b>3. Cura de l'entorn</b>	0	1 (6,3)	0	0	0	0
<b>4. Autocura</b>	0	1 (6,3)	0	0	0	0
<b>5. Activitats diàries</b>	4 (25)	6 (37,5)	0	0	0	0
<b>6. Salut Física</b>	1 (6,3)	2 (12,5)	0	1 (6,3)	0	0
<b>7. Síntomes Psicòtics</b>	3 (18,8)	5 (31,3)	0	0	0	0
<b>8. Informació tractament</b>	8 (50)	10 (62,5)	2 (12,5)	1 (6,3)	0	0
<b>9. Angoixa</b>	7 (43,8)	7 (43,8)	3 (18,8)	1 (6,3)	1 (6,3)	0
<b>10. Autoagressivitat</b>	0	0	0	0	0	0
<b>11. Heteroagressivitat</b>	2 (12,5)	2 (12,5)	0	0	0	0
<b>12. Alcohol</b>	1 (6,3)	1 (6,3)	0	0	0	0
<b>13. Drogues</b>	1 (6,3)	1 (6,3)	1 (6,3)	1 (6,3)	0	0
<b>14. Contacte Social</b>	6 (37,5)	9 (56,3)	2 (12,5)	4 (25)	0	0
<b>15. Relacions Íntimes</b>	5 (31,3)	8 (50)	5 (31,3)	7 (43,8)	3 (18,8)	3 (18,8)
<b>16. Vida Sexual</b>	2 (12,5)	4 (25)	3 (18,8)	3 (18,8)	3 (18,8)	3 (18,8)
<b>17. Cura dels fills</b>	1 (6,3)	1 (6,3)	1 (6,3)	1 (6,3)	1 (6,3)	1 (6,3)
<b>18. Educació Bàsica</b>	2 (12,5)	2 (12,5)	1 (6,3)	1 (6,3)	0	0
<b>19. Telèfon</b>	0	0	0	0	0	0
<b>20. Transport</b>	3 (18,8)	3 (18,8)	1 (6,3)	2 (12,5)	0	0
<b>21. Diners</b>	4 (25)	5 (31,3)	1 (6,3)	2 (12,5)	0	1 (6,3)
<b>22. Prestacions</b>	4 (25)	5 (31,3)	5 (31,3)	3 (18,8)	1 (6,3)	1 (6,3)
<b>23. Tractament</b>	1 (6,3)	1 (6,3)	0	0	0	0
<b>24. Delicte Sexual</b>	0	1 (6,3)	0	1 (6,3)	0	1 (6,3)
<b>25. Incendi</b>	0	0	0	0	0	0

Figura 8. Evolució de les necessitats no cobertes dels usuaris

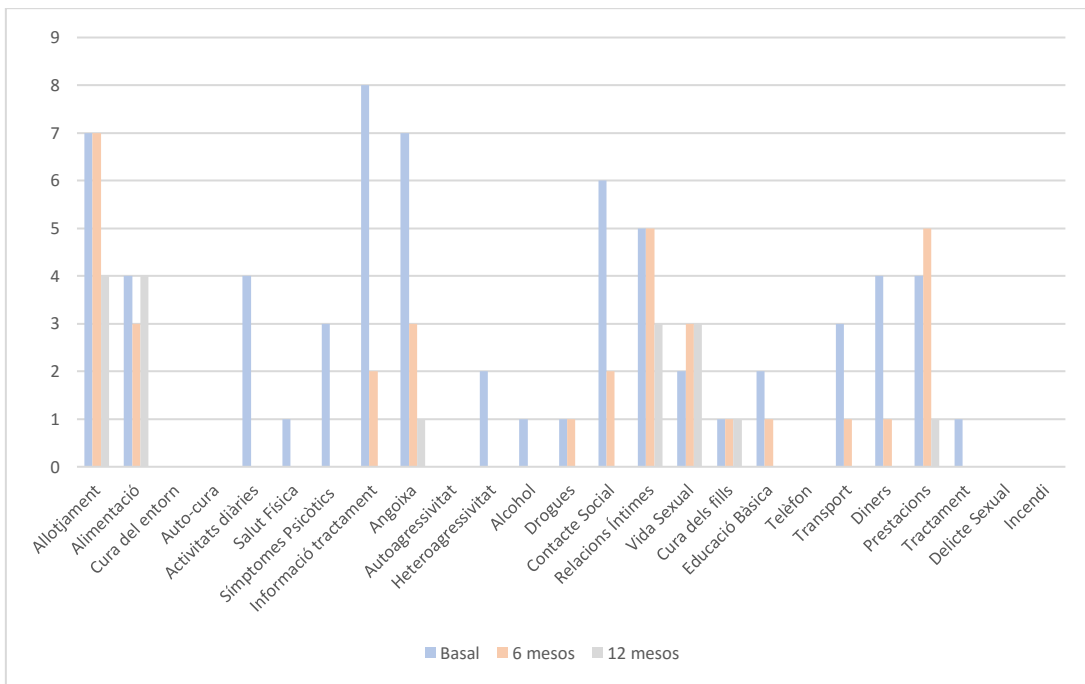
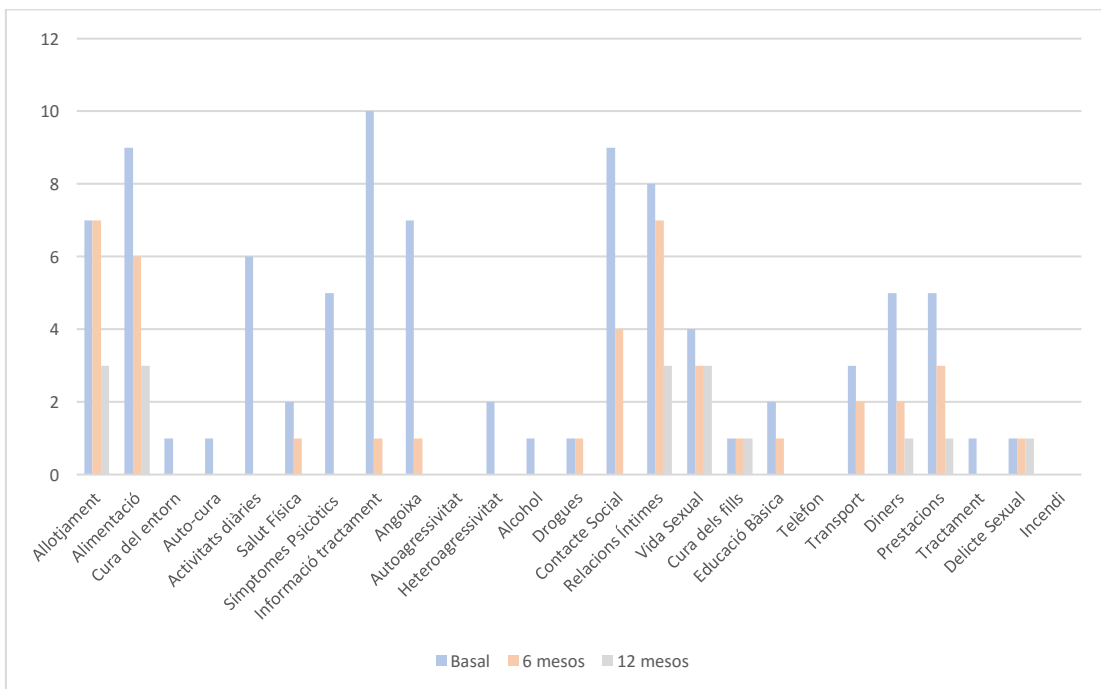


Figura 9. Evolució de les necessitats no cobertes del personal



### Avaluació de la personalitat

La prova de personalitat PAI va ser administrada, a l'inici i als 12 mesos, a 15 subjectes dels 16 inclosos en l'estudi. Un dels subjectes no la va realitzar per la dificultat de la comprensió del castellà.

Les puntuacions de la PAI estan expressades en puntuacions típiques T que tenen una mitjana de 50 i una desviació típica de 10.

L'escala PAI disposa de les escales de validesa, que indiquen que cal invalidar la prova si superen una determinada puntuació; l'escala d'inconsistència (INC), l'escala d'infreqüència (INF) i l'escala d'impressió negativa (IMN). En el cas de l'escala INC, i l'escala INF, les puntuacions superiors a 75 indiquen que no és convenient dur a terme la interpretació clínica del perfil i el test ha de ser invalidat, mentre que en el cas de l'escala IMN, la puntuació ha de ser superior a 101. Tres subjectes van obtenir puntuacions per sobre de 75 en l'escala INC, tant en l'avaluació inicial com en l'avaluació final.

Un cop corregides les proves i analitzats els resultats, de les dues administracions, es van considerar invalidades les proves de set subjectes. Un subjecte que presentava puntuacions acceptables en l'avaluació inicial de l'escala d'INC va obtenir puntuacions superiors a 75 en l'avaluació final, per la qual cosa també es va considerar la prova com a invalidada.

Amb relació a l'escala INF, un subjecte va obtenir puntuacions superiors a 75 en les dues administracions. En l'escala IMN, un subjecte va obtenir una puntuació superior a 101 en les dues administracions, mentre que un subjecte va obtenir una puntuació superior a 101 en la primera administració i un altre subjecte en l'avaluació final, per la qual cosa es van invalidar totes les administracions.

En els casos de pacients que obtenien una puntuació que invalida la prova a l'avaluació inicial o bé a la final, però no en les dues, es va considerar que havien de ser invalidades ambdues administracions, ja que impedièren la possibilitat de fer la comparativa entre els dos moments d'avaluació.

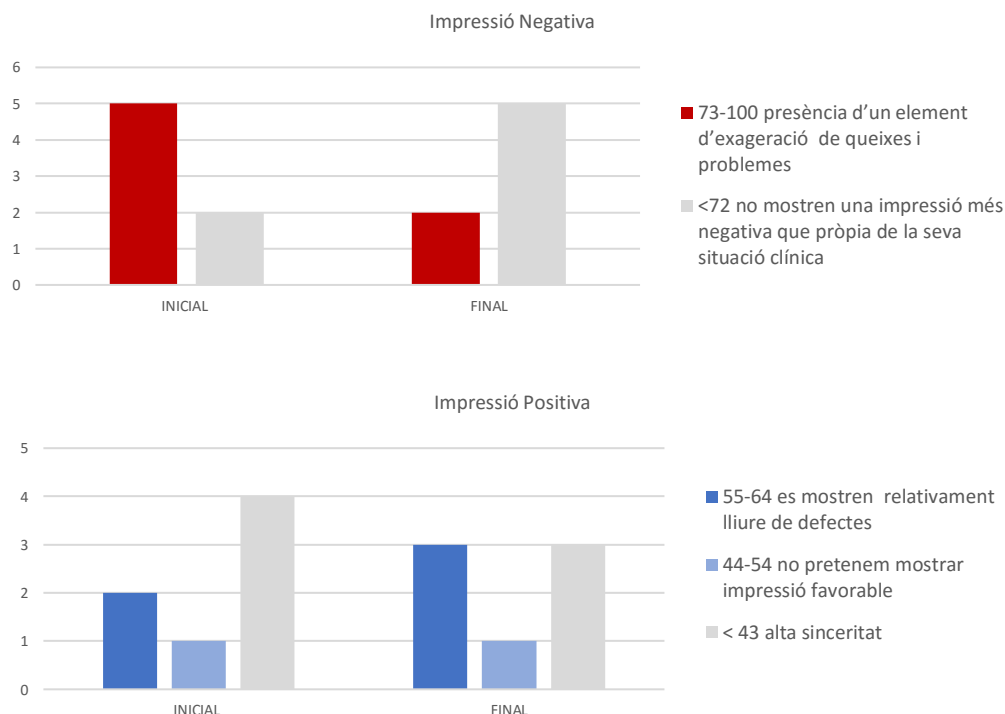
Així doncs, com hem dit a l'inici, del total de 15 subjectes que van respondre a l'escala PAI, només set presentaven puntuacions acceptables en les escales de validesa.

Una mostra tan petita no ens permet analitzar els resultats més enllà de la seva descripció. Per dur a terme la descripció s'han considerat les escales de validesa d'IMN i impressió positiva (IMP), així com les 11 escales clíniques i les cinc escales relacionades amb el tractament.

El nombre de pacients per a cada rang de resposta en cadascuna de les escales de la PAI es mostra en les següents figures. Només s'exposen els rangs de resposta en els quals algun pacient ha puntuat. A cada gràfica es mostra el nombre de pacients en cada rang de resposta a l'inici i al final de l'avaluació.

La Figura 10 presenta l'evolució en les escales de validesa IMN i IMP. Per a l'escala d'IMN, cinc dels set pacients presentaven almenys un element d'exageració i queixa exagerada, mentre que en aquest rang al final del tractament només puntuaven dos pacients. Pel que fa a l'escala IMP, al final de l'avaluació trobem més pacients que es mostraven relativament lliures de defectes.

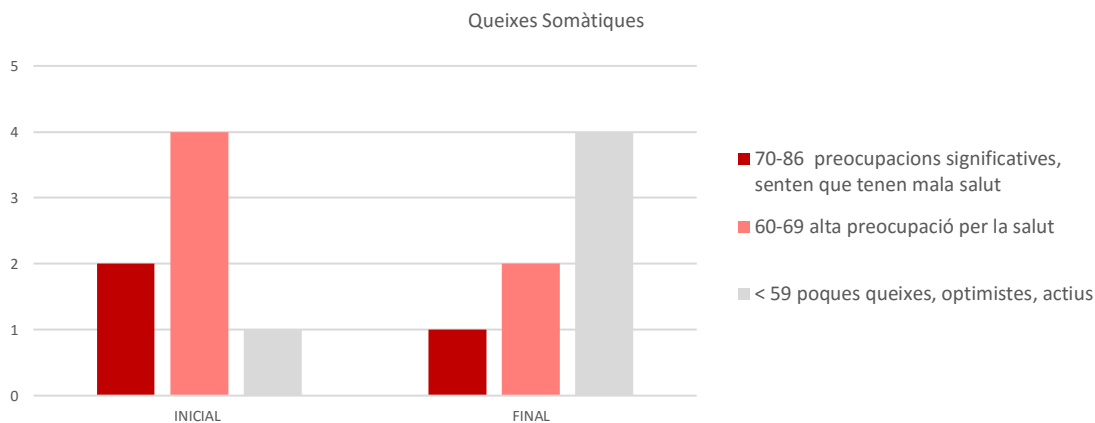
Figura 10. Evolució dels resultats de les escales de validesa de l'inventari PAI: IMN i IMP



Com podem veure a la Figura 11, que fa referència a l'escala clínica relacionada amb les queixes somàtiques, a l'inici de l'avaluació sis pacients puntuaven en el rang que mostra

preocupació per la salut mentre que al final de l'avaluació només tres pacients mantenien aquestes preocupacions i quatre mostraven poques queixes al respecte.

Figura 11. Evolució dels resultats de l'escala clínica de l'inventari PAI: Queixes somàtiques



La Figura 12 mostra les puntuacions referents a les escales referides a l'ansietat, que mesura el grau de tensió i emoció negativa experimentada pel pacient i que pot aparèixer en diferents categories diagnòstiques. Els ítems comprenen diferents formes d'expressar l'ansietat, incloent la presència de preocupació constant, els sentiments subjectius de por i tensió i els signes físics de nerviosisme i estrès.

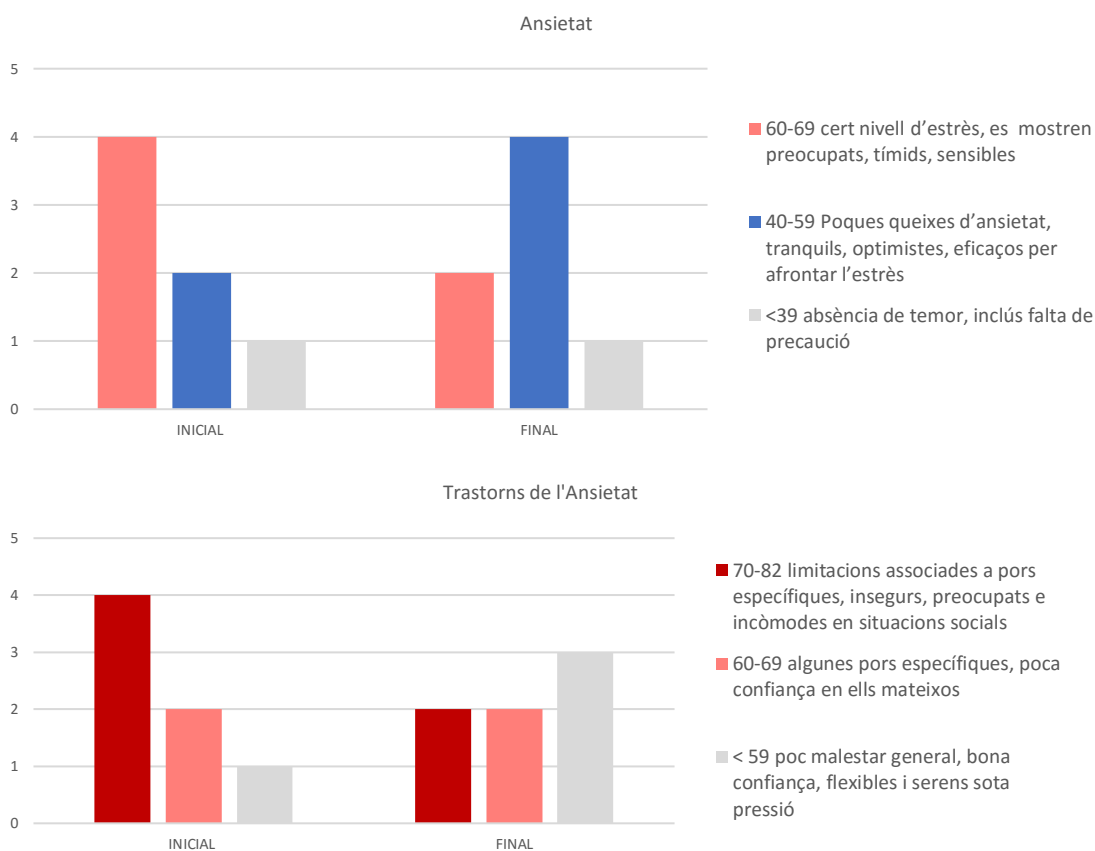
Per altra banda l'escala clínica de Trastorns de l'Ansietat mesura característiques clíniques i conductuals de tres àrees de simptomatologia associades als trastorns específics de l'ansietat. El contingut dels ítems inclou pors específiques associades a situacions que impliquen fòbies, pensaments i comportaments obsessius compulsius, així com experiències problemàtiques associades a algun fet traumàtic.

Els resultats respecte a l'ansietat ens mostren que a l'inici de l'avaluació, quatre pacients presentaven cert nivell de preocupació, dos es mostraven amb poques queixes d'ansietat i un puntuava en el rang que defineix l'absència de temor, fins al punt de considerar-se que pot suposar una falta de precaució davant de determinades situacions.

Respecte a l'escala de Trastorns de l'Ansietat, els resultats indiquen que a l'inici del tractament quatre pacients presentaven puntuacions compatibles amb la presència de limitacions per pors específiques, però convé assenyalar que cap pacient puntuava en el rang

superior (>83) que comportaria la presència d'un diagnòstic de trastorn de l'ansietat. En aquest rang, al final de l'avaluació en trobem només dos. Dos pacients puntuaven en el rang que determina la presència d'algunes pors específiques i poca confiança en si mateixos i al final, en aquest rang en puntuaven quatre. Un dels pacients puntuava en el rang de poc malestar general i bona confiança; en aquest rang, al final de l'avaluació, puntuaven tres pacients.

Figura 12. Evolució dels resultats de les escales clíniques de l'inventari PAI: Ansietat i Trastorns de l'Ansietat



La Figura 13 mostra l'evolució de les puntuacions de l'escala Depressió. Aquesta escala avalua les característiques clíniques comuns a la depressió, com a síndrome. El contingut dels ítems fa referència a diferents elements i diferents nivells de gravetat. En ells s'inclouen aspectes com el pessimisme, les expectatives negatives, els sentiments subjectius de tristesa i apatia, així com la falta d'energia o les alteracions de son o la gana. Els resultats ens mostren que cap pacient va puntuar en el rang que indica la presència d'un trastorn depressiu (>92), mentre que dos pacients a l'inici de l'avaluació puntuaven en el rang que comporta un infelicitat notable, amb sentiments de tristesa la major part del

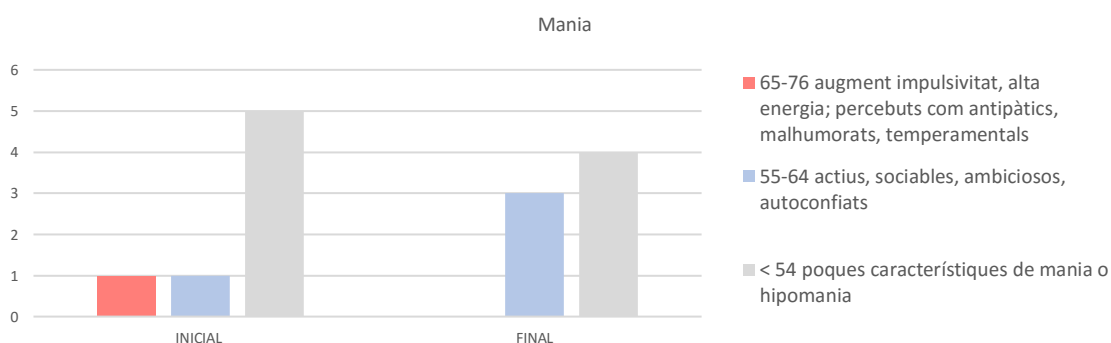
temps. Aquests pacients al final de l'avaluació passaven a rangs inferiors. Les puntuacions ens mostren que així com a l'inici del tractament només dos pacients es mostraven estables i relaxats, al final de l'avaluació cinc pacients manifestaven aquest estat.

Figura 13. Evolució dels resultats de l'escala clínica de l'inventari PAI: Depressió



La Figura 14 presenta l'evolució dels resultats en l'escala de Mania. Aquesta escala avalua característiques de la presentació clínica de la mania i de la hipomania. Els ítems comprenen diferents aspectes, incloent la presència d'elevació anòmla de l'ànim, expansivitat, grandiositat, així com, hiperactivitat, irritabilitat i impaciència.

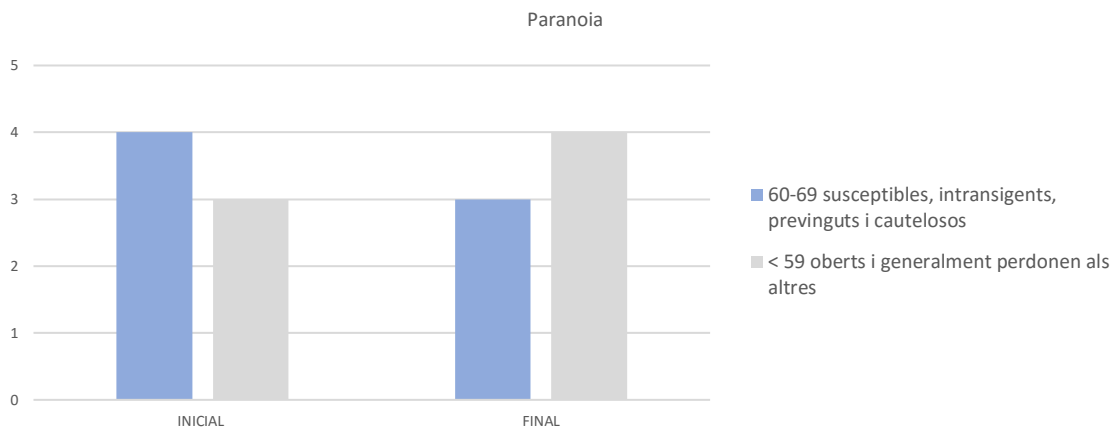
Figura 14. Evolució dels resultats de l'escala clínica de l'inventari PAI: Mania



Els resultats ens mostren que a l'inici de l'avaluació, cinc pacients es mostraven amb poques característiques de mania, mentre que un pacient manifestava un estat d'alta energia i augment de la impulsivitat. Al final de l'avaluació, podem observar que en el rang que determina persones actives, sociables i autoconfiades puntuaven tres pacients mentre que a l'inici només un puntuava en aquest rang.



Figura 15. Evolució dels resultats de l'escala clínica de l'inventari PAI: Paranoia



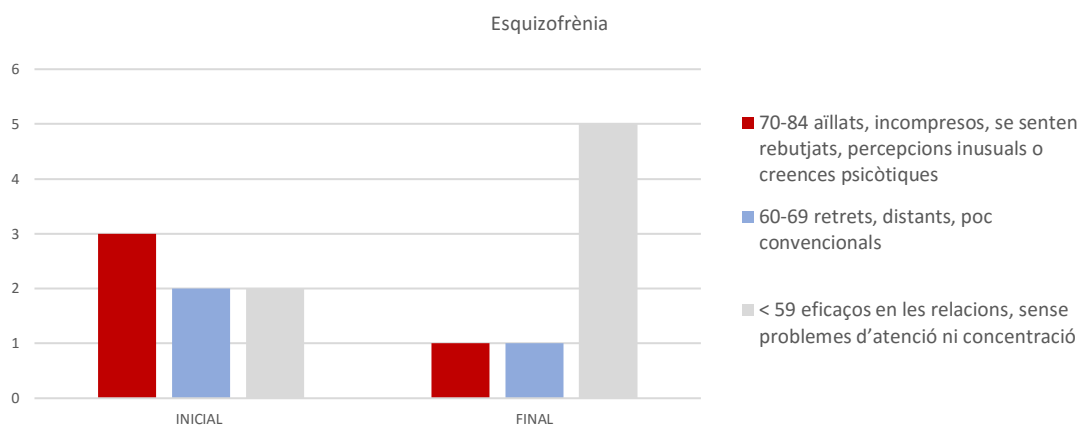
La Figura 15 ens mostra els resultats respecte a l'escala de Paranoia, enfocada als símptomes i característiques persistent d'aquest trastorn. El contingut dels ítems es refereix a la vigilància i control excessiu de l'entorn per temor a possibles perills. Cap pacient puntuava en els rangs superiors que pot comportar idees delirants (>80), o bé elevada desconfiança, suspicàcia i hostilitat (70-79).

Les puntuacions en aquesta escala es mantien pràcticament igual a l'inici i al final de l'avaluació. A l'inici, quatre pacients es manifestaven susceptibles i cautelosos, i tres es manifestaven oberts, mentre que al final tres pacients puntuaven en el primer rang i quatre en el segon.

La Figura 16 presenta les puntuacions en l'escala clínica d'Esquizofrènia. El contingut dels ítems d'aquesta escala inclou creences i percepcions inusuals, una escassa competència social i anhedònia per les relacions socials, a més de ineficàcia i alteracions de l'atenció, concentració i processos cognitius.

Els resultats ens mostren una evolució notable de nivells de rang superior al rang més baix. Així, a l'inici de l'avaluació tres pacients es mostraven aïllats i amb percepcions inusuals o creences psicòtiques i al final de l'avaluació només un es mantenia en aquest rang. Pel que fa al rang que defineix a pacients retrets i distants o poc convencionals, a l'inici dos pacients puntuaven en aquest rang i al final només un. Finalment, el rang que presenta pacients amb relacions eficients i sense problemes cognitius, a l'inici puntuaven en aquest rang dos, mentre que al final de l'avaluació en puntuaven cinc.

Figura 16. Evolució dels resultats de l'escala clínica de l'inventari PAI: Esquizofrènia



La Figura 17 presenta els resultats de les escales que avaluen els trets límits i antisocials. L'escala de trets límits conté ítems que es refereixen a l'escàs control de les emocions i la ira, confusió en torn de la identitat i els valors, relacions intenses amb els altres i impulsivitat, característiques que poden desembocar en conductes autodestructives.

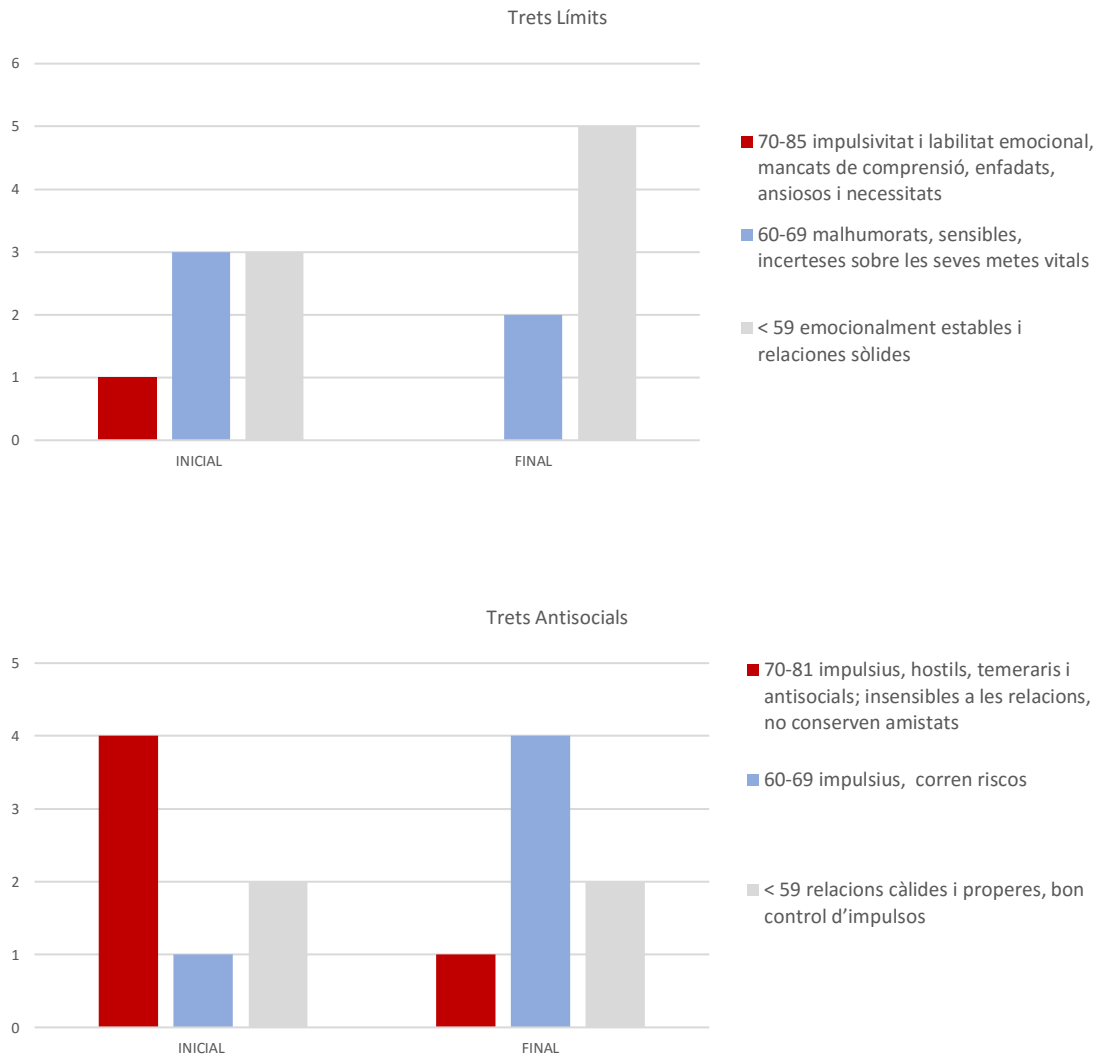
Els resultats d'aquesta escala ens mostren que a l'inici de l'avaluació un pacient es mostrava com a impulsiu i amb labilitat emocional, mentre que al final cap pacient puntuava en aquest rang. Respecte a la puntuació en el rang que indica que la persona es mostra malhumorada i amb dubtes respecte a les seves metes vitals, trobem que a l'inici tres pacients puntuaven en aquest rang i al final dos. En el rang que defineix a les persones estables emocionalment i amb relacions sòlides, a l'inici de l'avaluació tres pacients puntuaven en aquest rang i al final el nombre augmentava fins a cinc.

L'escala que avalua els trets antisocials, conté ítems que indiquen egocentrisme, una limitada empatia i actituds o conductes antisocials.

Els resultats mostren que a l'inici de l'avaluació quatre pacients puntuaven en el rang que defineix persones impulsives, hostils i temeràries, mentre que al final de l'avaluació només un pacient puntuava en aquest rang. El rang que defineix a les persones impulsives i que corren riscos, augmenta des d'un pacient, a l'inici de l'avaluació, fins a quatre, al final, i

finalment, dos pacients puntuaven, tant a l'inici com al final, en el rang que es refereix a individus que tenen relacions càlides i un bon control dels impulsos.

Figura 17. Evolució dels resultats de les escales clíniques de l'inventari PAI: Trets Límits i Trets Antisocials

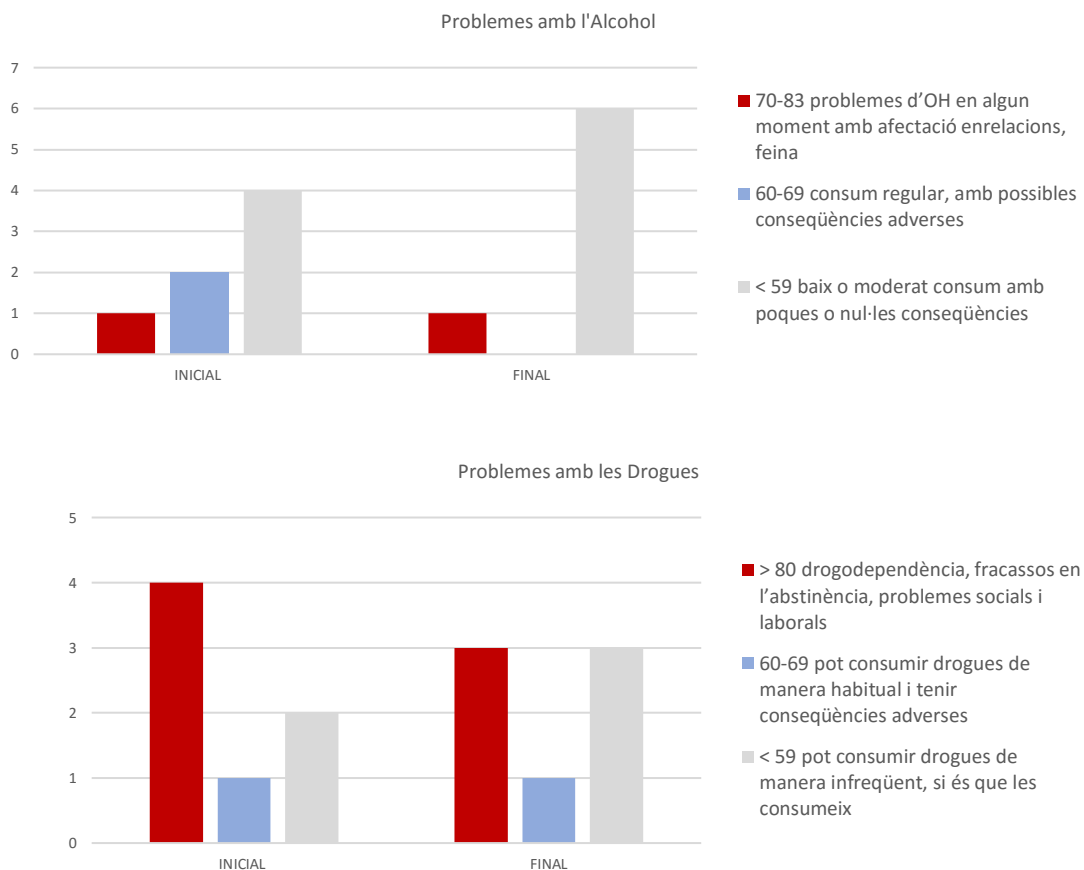


Les escales relacionades amb problemes amb l'alcohol i les drogues es mostren en la Figura 18. Ambdues escales contenen ítems que reflecteixen situacions de total abstinència fins a greus conseqüències, com la pèrdua de control o una forta dependència.

Els resultats de l'escala de Problemes amb l'Alcohol, mostren que a l'inici de l'avaluació i al final un pacient manifestava tenir problemes amb l'alcohol que en algun moment havien afectat a les seves relacions interpersonals o el seu rendiment laboral. Dos pacients puntuaven en el rang que defineix la presència de consum regular amb possibles

conseqüències adverses a l'inici de l'avaluació, mentre que al final cap pacient puntuava en aquest rang.

Figura 18. Evolució dels resultats de les escales clíniques de l'inventari PAI: Problemes amb l'Alcohol i Problemes amb les Drogues

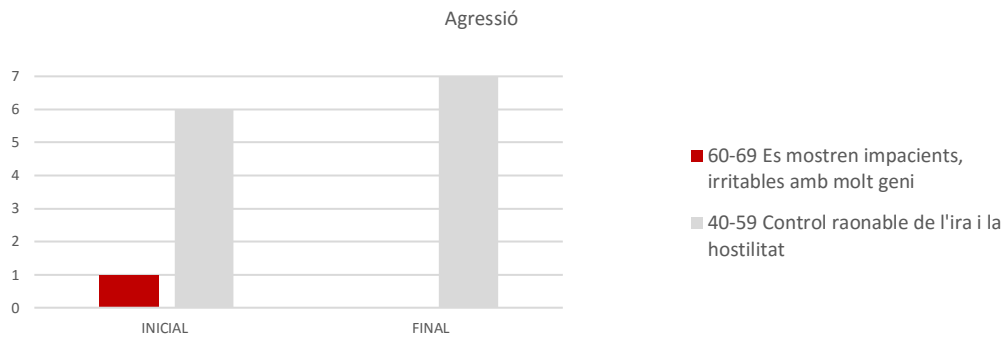


En el rang que es refereix a persones amb un nivell moderat amb poques conseqüències o cap trobem, a l'inici de l'avaluació, que quatre pacients puntuen en aquest rang i al final de l'avaluació en trobem sis.

Respecte a l'escala Problemes amb les Drogues, els resultats ens indiquen que, a l'inici de l'avaluació, quatre pacients presentaven puntuacions que s'associen a la drogodependència i al final se'n mantenien tres. Al rang que es refereix al consum habitual que pot reportar conseqüències adverses, tant a l'inici de l'avaluació com al final trobem un pacient. En el rang que presenta aquells individus que manifesten prendre drogues de manera infreqüent o bé no consumir-ne, trobem que a l'inici de l'avaluació, dos pacients puntuaven en aquest rang i al final augmentava a tres.

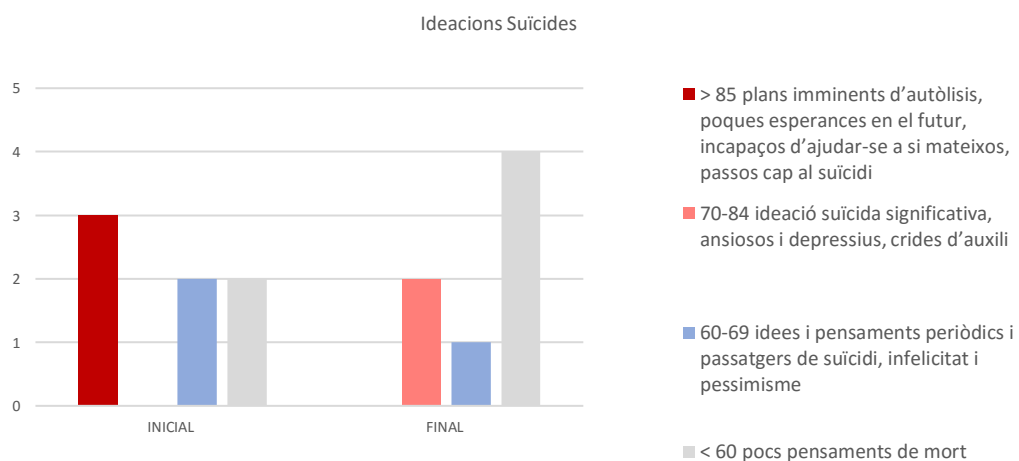
La Figura 19 presenta les puntuacions de l'escala Agressió, que s'inclou en les escales de la PAI que estan relacionades amb el tractament.

Figura 19. Evolució de l'escala relacionada amb el tractament de l'inventari PAI: Agressió



L'escala Agressió avalua les conductes i actituds relatives a l'agressivitat, la ira i l'hostilitat. No té correspondència directa amb cap categoria diagnòstica en concret. Els ítems d'aquesta escala comprenen un rang que va des d'indicadors d'assertivitat i baix control de la ira a conductes violentes i agressives. Els resultats ens mostren que cap pacient puntuava en el rang superior (>80), que indica que els comportaments violents tenen un paper predominant. Pel que fa al rang següent, a l'inici de l'avaluació, només trobem un pacient que manifestés que està furiós la major part del temps i que expressava lliurement la seva ira i hostilitat. Al final de l'avaluació cap pacient puntuava en aquest rang. Tots els pacients presentaven puntuacions que reflecteixen un control raonable de la ira i l'hostilitat al final del tractament.

Figura 20. Evolució dels resultats de l'escala relacionada amb el tractament de l'inventari PAI: Ideacions Suïcides



La Figura 20 mostra les puntuacions de l'escala Ideacions Suïcides. Aquesta escala avalua la presència de pensaments i idees relacionades amb la mort i el suïcidi. El contingut dels ítems va des de pensaments generals i dispersos sobre la mort i el suïcidi fins a pensaments de desesperança i plans clars d'actes autolítics.

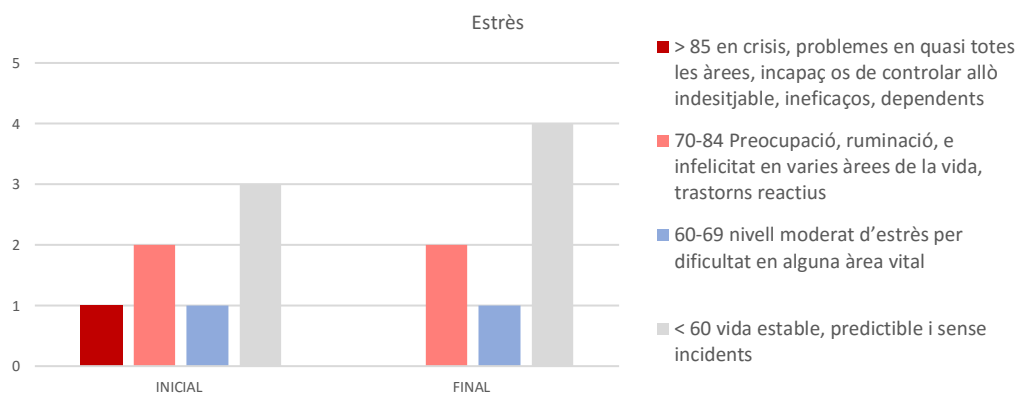
Els resultats ens mostren que a l'inici de l'avaluació, tres pacients presentaven puntuacions en el rang superior de l'escala, que refereix la presència de plans imminents d'autòlisi, mentre que al final de l'avaluació cap d'ells es mantenia en aquest rang. En el rang següent, que fa referència a la presència d'ideació suïcida significativa i descriu a persones ansioses i depressives que senten que ningú els dona suport, trobem a dos pacients al final de l'avaluació, mentre que a l'inici no n'hi ha cap.

Respecte al rang que es refereix a la presència d'idees i pensaments periòdics de suïcidi, així com infelicitat i pessimisme sobre les perspectives de futur, a l'inici de l'avaluació dos pacients puntuaven en aquest rang i al final només un.

En el rang més baix que indica que l'individu té pocs pensaments de mort, al inici de l'avaluació dos pacients puntuaven en aquest rang i al final quatre.

La Figura 21 mostra els resultats de l'escala d'Estrès. Aquesta escala avalua els estressors vitals que l'individu experimenta en l'actualitat. S'inclouen problemes en les relacions familiars, dificultats econòmiques i laborals, així com canvis importants que han esdevingut recentment o han passat a la seva vida.

Figura 21. Evolució de l'escala relacionada amb el tractament de l'inventari PAI: Estrès



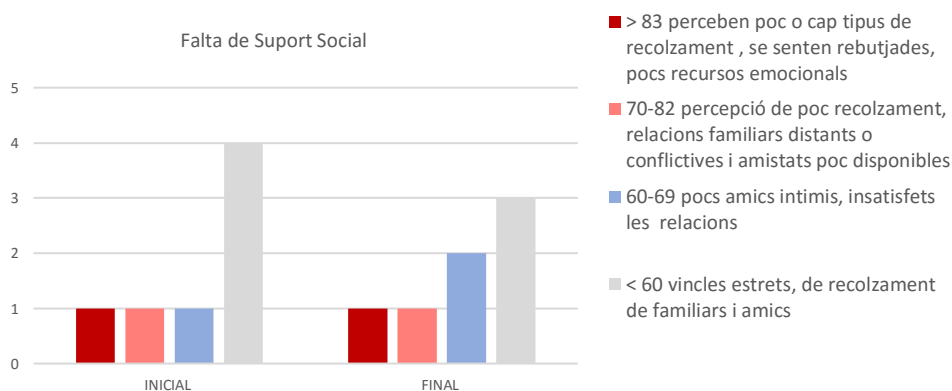
Els resultats ens indiquen que a l'inici de l'avaluació un pacient puntuava en el rang més alt, que refereix problemes en quasi totes les àrees i que no és capaç de controlar els esdeveniments indesitjables que viu. Al final de l'avaluació aquest pacient puntuava en rangs més baixos.

En el rang que mostra subjectes amb nivells alts de preocupació i rumiació, trobem dos pacients tant a l'inici com al final de l'avaluació. En el rang següent, que indica un nivell moderat d'estrès, trobem un pacient en aquest rang, tant a l'inici com al final. En el rang que reporta que el pacient presenta una vida estable, trobem que passa de tres pacients a l'inici de la prova a quatre al final.

Les puntuacions de l'escala Falta de Suport es mostren en la Figura 22. Aquesta escala avalua el suport social rebut, així com, la disponibilitat i qualitat de les relacions socials. Els ítems exploren el nivell i la naturalesa de les interaccions amb coneguts, amics i membres de la família.

Tant a l'inici com al final de l'avaluació, en el rang que indica una percepció baixa o nul·la de suport social, puntuava un pacient. El mateix passa en el rang següent (que es refereix al fet que es percep poc suport o que hi ha conflictes en les relacions), en què un pacient puntuava tant a l'inici com al final. El nombre de pacients que puntuaven al rang de persones insatisfetes amb les seves relacions augmentava de un pacient a l'inici de l'avaluació fins a dos, al final. Finalment, el rang que respon a tenir bons vincles i sentir el suport de familiars i amics, trobem que passa de quatre pacients a l'inici, a tres al final de l'avaluació.

Figura 22. Evolució dels resultats de l'escala relacionada amb el tractament de l'inventari PAI: Falta de Suport Social

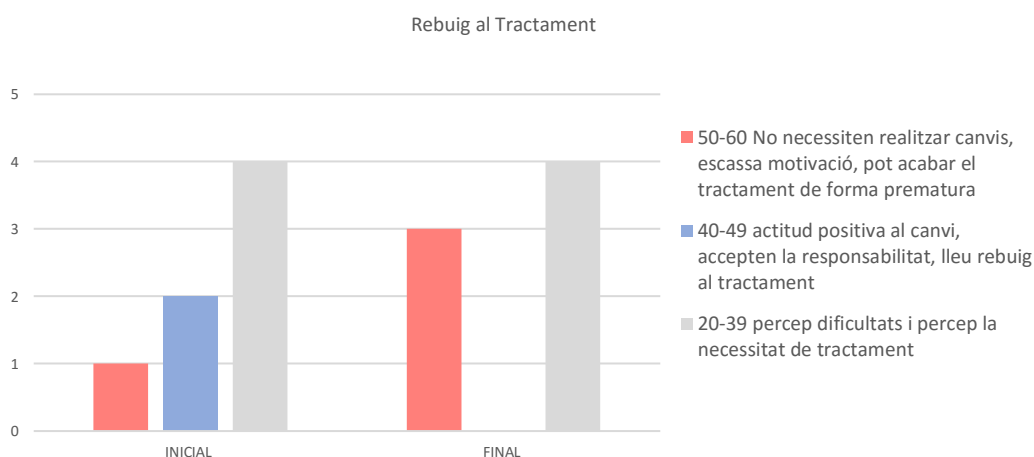


Les puntuacions per l'escala Rebuig al Tractament es mostren a la Figura 23. Aquesta escala avalua les actituds associades a l'interès per realitzar canvis personals de naturalesa psicològica o emocional. Inclouen ítems referents a la manca de voluntat per a participar de forma activa en el tractament i absència de motivació per acceptar la responsabilitat respecte als problemes.

Els resultats ens mostren que cap pacient puntuava en el rang més alt (>61), que indica que l'individu no pren cap partit o molt escàs en la teràpia. En el rang següent, que indica que hi ha poca motivació o que està en risc d'abandonar-la, trobem que a l'inici de l'avaluació només un pacient puntuava en aquest rang i al final ho van fer tres pacients.

A l'inici de l'avaluació, un pacient puntuava en el rang que indica una actitud positiva al canvi i que mostra un lleu rebuig al tractament, mentre que al final no en trobem cap. Finalment, quatre pacients puntuaven tant a l'inici com al final de l'avaluació, en el rang que indica que la persona reconeix dificultats en el dia a dia i que percep necessitat d'ajuda. Existeix un rang inferior a aquest, que indica que es pateix un malestar desbordant amb expectatives poc realistes respecte a l'alleugeriment d'aquest malestar, però cap pacient puntua en aquest rang.

Figura 23. Evolució dels resultats de l'escala relacionada amb el tractament de l'inventari PAI: Rebuig al Tractament



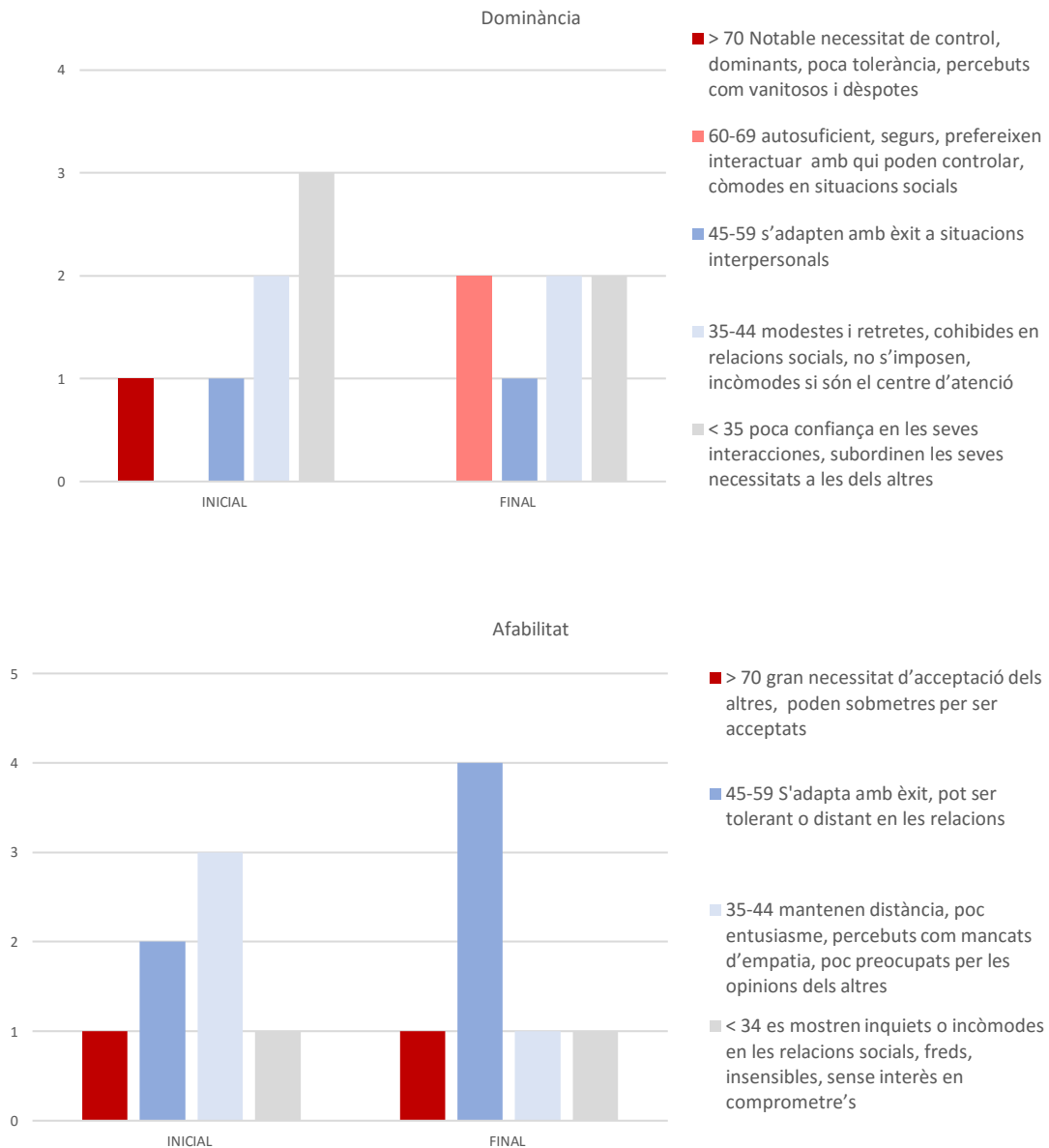
La Figura 24 mostra les puntuacions en les escales definides com a escales de relació interpersonal i que inclouen l'escala de Dominància i d'Afabilitat.



L'escala Dominància avalua el grau en el qual una persona és controladora, submisa o autònoma en les seves relacions. El contingut dels ítems fan referència a la independència, la sinceritat, l'assertivitat, el lideratge i la capacitat de gestionar les relacions.

Els resultats ens mostren que a l'inici de l'avaluació un pacient puntua en el rang que indica tenir una notable necessitat de control i que és dominant i té poca tolerància amb qui no comparteix els seus plans o els seus desitjos. Al final de l'avaluació cap pacient puntuava en aquest rang.

Figura 24. Evolució dels resultats de les escales de relació interpersonal de l'inventari PAI: Dominància i Afabilitat



En el següent rang, que es refereix a persones que es consideren autosuficients, segures i amb caràcter ferm, no puntuava cap pacient a l'inici de l'avaluació, mentre que al final en puntuaven tres.

Pel que fa al rang que indica que una persona s'adapta amb èxit a les situacions interpersonals, trobem que tant a l'inici com al final, puntuava un pacient. També trobem un sol pacient, a l'inici i al final de l'avaluació que puntués en el rang que es refereix a persones amb tendència a ser modestes i cohibir-se en les relacions socials, amb carència d'habilitats per imposar-se quan és necessari.

Finalment, en el rang que es refereix a les dificultats per cobrir les seves necessitats d'interacció social i les subordinen a les dels altres, puntuaven tres pacients a l'inici de l'avaluació i dos al final.

L'escala Afabilitat avalua el grau en què una persona és cordial i empàtica, o bé es retreu i és desconfiada en les relacions amb els altres. El contingut dels ítems fan referència a la sociabilitat, la solidaritat, l'afecte i la paciència en les relacions.

Els resultats en aquesta escala ens mostren que, tant a l'inici com al final de l'avaluació, un pacient puntuava en el rang més alt, que fa referència a un estil interpersonal caracteritzat per la necessitat d'acceptació dels altres. En el rang següent, que indica que les persones es descriuen com a cordials i empàtiques, no va puntuar cap pacient.

En el rang que es refereix a persones que s'adapten amb èxit a les situacions interpersonals i que tenen la capacitat de ser tolerants i també mantenir distància si convé, trobem tres pacients a l'inici de l'avaluació i un al final.

Finalment, en el darrer rang, en què puntuen persones que es mostren inquietes o incòmodes en les situacions interpersonals, i que poden tenir aparença de fredes i són percebudes com a incapaces de mostrar emocions, un pacient puntuava tant a l'inici com al final de l'avaluació.

#### Visites de professionals i participació en els programes de rehabilitació

Al llarg del primer període de sis mesos, com es pot observar en la Taula 17, les visites realitzades per part del psiquiatra referents van ser de mitjana 11,43, amb un rang que va

des d'una sola visita en aquest període fins a 25 visites. En el cas de les visites de psiquiatra, dos pacients van ser visitats amb més freqüència per presentar desestabilització aguda durant el primer període. Si ajustem les visites a la resta de 14 pacients, la mitjana de visites durant el primer període passa a ser 9,78, amb una variació d'1-15.

Pel que fa al segon període, la mitjana de visites era de 10,18, amb un rang de tres a 22 visites. Els mateixos dos pacients als quals ens referim al primer període van rebre el major nombre de visites; un per mantenir l'estat agut en les primeres setmanes del segon període i un altre per qüestions conductuals. Si ajustem les visites als 14 pacients restants la mitjana de visites de psiquiatra passa a ser de mitjana 8,78, amb una variació d'1-18.

La mitjana de visites de psicologia en el primer període va ser de 9,25 amb un rang d'una a 21 visites, i baixa en el segon període fins a una mitjana de 6,93 amb un rang que va des de cap visita fins a 20. En el cas del seguiment psicològic cal considerar que també es realitzava seguiment grupal durant ambdós períodes. L'assistència als grups de psicologia va ser similar al llarg dels estudis. Els pacients van participar en 1,5 grups, amb un rang d'1 a 3.

Amb relació a la resta de professionals de l'àmbit sanitari-social, com són l'educador social i el treballador social, la mitjana de visites en els dos períodes d'avaluació va ser més variable. L'educador social visitava una mitjana de quatre vegades els pacients, en el primer període amb un rang d'una visita a onze; en el segon període, els visitava en dues ocasions de mitjana, amb un rang que anava de cap visita a vuit. Així, en el treballador social la mitjana de visites en el primer període era de 3,75, amb un rang d'una visita a nou, i en el segon període la mitjana de visites era de 2,65, amb un rang de cap visita a sis.

Les visites del metge de família es mantenien estables al llarg dels dos períodes, amb mínimes diferències. La mitjana de visites del primer període era de 3,31 amb un rang que va d'una visita a deu, i en el segon període la mitjana era de 3,25 amb un rang de cap visita a sis de màxim.

Amb relació a la participació dels pacients en els tallers dels Programes de Rehabilitació, van ser similars entre els dos períodes. Pel que fa al primer període, els pacients participaven de mitjana en 6,75 tallers d'Educació Social. Els pacients participaven en un mínim de tres tallers i un màxim de nou. En el segon període la mitjana augmentava fins a

7,31 amb un rang que anava d'un mínim de participació en tres tallers i un màxim de participació d'11 tallers.

Pel que fa als tallers propis dels Programes d'Infermeria, en el primer període els pacients van participar de mitjana en 4,37 tallers, amb un rang que va d'un mínim de 2 a un màxim de 6. En el segon període augmentava la mitjana de participació a 5,25. Els pacients participaven en un mínim de 4 tallers i un màxim de 7.

Les diferències entre períodes són molt notables quan analitzem la participació en Sortides Terapèutiques. En el primer període els pacients van fer una mitjana de tres sortides. El rang de sortides va des de cap sortida a un màxim de 13. En el segon període la mitjana de sortides augmentava fins a 16,68. En aquest període alguns pacients que no havien fet cap sortida i altres pacients havien fet un màxim de 34 sortides.

Taula 17. Evolució del nombre de visites i programes de rehabilitació

	Entre els 0-6 mesos		Entre els 6-12 mesos	
	X	Min-Max	X	Min-Max
<b>Visites de Professionals</b>				
Psiquiatra	11,43	1-25	10,18	3-22
Psicòleg	9,25	1-21	6,93	0-20
Educador Social	4	1-11	2	0-8
Treballador Social	3,75	1-9	2,62	0-6
Metge de Família	3,31	1-10	3,25	0-6
<b>Programes de Rehabilitació</b>				
Grups Psicologia	1,5	1-3	1,62	1-3
Tallers Educació Social	6,75	3-9	7,31	3-13
Tallers Infermeria	4,37	2-6	5,25	4-7
Sortides Terapèutiques	3,12	0-13	16,68	0-34



**DISCUSSIÓ**



## **Estudi 1: Revisió sistemàtica de les necessitats dels pacients ingressats en unitats psiquiàtriques forenses**

La millora de l'atenció i de la qualitat de vida és, actualment, un tema de debat en la psiquiatria forense. Conèixer les necessitats dels pacients, especialment les no cobertes, és imprescindible per planificar adequadament el pla de tractament i contribuir a la millora, tant de l'atenció com de la qualitat de vida dels nostres pacients.

L'objectiu d'aquest estudi era realitzar una revisió dels estudis publicats, per identificar el nombre i el tipus de necessitats dels pacients amb malaltia mental que han comès un delictes, als quals ens referirem com a pacients forenses, que resideixen en unitats de salut mental forenses o penitenciàries.

Per fer-ho, s'ha realitzat una recerca bibliogràfica per identificar les publicacions que utilitzen un instrument estandarditzat per mesurar i informar de les necessitats dels pacients forenses, concretament l'escala CANFOR. Mitjançant l'ús del procediment de les revisions sistemàtiques, es van seleccionar 23 articles per a l'anàlisi.

### **Necessitats**

Els resultats indiquen que les necessitats totals més comunament identificades tant pels usuaris com pel personal eren les activitats diàries, l'angoixa i els símptomes psicòtics. Els usuaris identificaven també la necessitat de salut física, mentre que el personal identificava la necessitat d'informació sobre el tractament. El personal identificava quasi el doble de necessitats totals que els usuaris.

La necessitat no coberta més prevalent tant des del punt de vista de l'usuari com del personal és la d'activitats diàries. Els usuaris reporten a més de l'anterior, la necessitat d'informació sobre el tractament, d'allotjament i de relacions íntimes. El personal reporta a més de les activitats diàries, vida sexual, relacions íntimes, angoixa, drogues, alcohol i delictes sexuals. El nombre de necessitats no cobertes és de quasi tres, tant pel personal com pels usuaris.

Els resultats demostren que el nombre de necessitats totals dels pacients ingressats en UPP és superior a les trobades en la població comunitària. En els estudis de Slade et al.



(1996, 1998, 1999), Hansson et al. (2001), Rosales et al. (2002), McCrone (2001) i Ochoa et al. (2003), el nombre de necessitats totals avaluades pel personal era d'entre 5 i 7, mentre que en el nostre estudi és de més de 9. Pel que fa al nombre de necessitats segons la perspectiva dels usuaris, en el nostre estudi la mitjana és de 5 i en els estudis esmentats de la població comunitària era d'entre 5 i 7.

El fet que el professional determini la presència d'un major nombre de necessitats totals pot deure's al fet que aquest magnifica els dèficits i necessitats del pacient o bé a que els pacients identifiquin menys necessitats de les que presenten per les afectacions cognitives, distorsions de la percepció i escàs *insight*, propis de les persones que pateixen trastorns mentals crònics (Atkinson et al., 1997). Aquest fet es dona tant en la població comunitària com en la forense; tanmateix, la diferència entre usuaris i personal en la població forense és molt superior. Segons Renvick (1997), les respostes del pacient en l'àmbit forense han de prendre's amb cautela, ja que pot haver un interès per donar una millor imatge que pugui influir en la seva situació judicial.

El tipus de necessitats més prevalent segons el professional en els estudis de la població general esmentats, eren símptomes psicòtics, activitats diàries, angoixa i contacte social, per la qual cosa trobem certa semblança en les necessitats de la nostra població i les de la població general. Amb relació a les no cobertes, en els estudis de McCrone et al. (2001), Hansson et al. (2001) i Middleboe et al. (2001), les més presents segons els professionals eren símptomes psicòtics, activitats diàries, contacte social, angoixa i informació sobre el tractament. Aquestes diferències es poden explicar pel fet que la població general és comunitària, així, la necessitat símptomes psicòtics està coberta en la nostra població perquè estan en medi hospitalari i reben el tractament adequat. Respecte a la necessitat de contacte social en la població general respon a l'aïllament dins la comunitat, mentre que en el medi hospitalari tot i que no sigui el tipus de contacte més adient, els pacients si tenen contacte amb altres persones, com són els companys i els professionals.

La necessitat relacions íntimes, és una altra de les necessitats no cobertes reportades tant pels pacients com pel personal. El domini relacions íntimes, fa referència a les relacions íntimes amb altres persones, com el fet de tenir una parella, i avalua si el pacient té problemes en aquests tipus de relacions. Aquesta necessitat pot respondre a diferents motius: o bé que es desitgi tenir parella com a una necessitat, o que tenint parella aquesta sigui una relació conflictiva, o disfuncional. La capacitat per cobrir aquesta necessitat per part dels serveis que atenen el subjecte és escassa.

Respecte al domini vida sexual, és important destacar que segons el manual de la CANFOR, aquest domini es considera com a problemàtic si així ho considera el pacient. En la nostra mostra el personal la identifica com una necessitat no coberta, mentre que no ho fan els usuaris. Una possible explicació és que, en recollir només les tres principals necessitats que reporta el pacient i el personal, podria ser que aquesta necessitat també estigués present en els pacients però no en els primers llocs o que el pacient no la verbalitzés. Aquest domini fa referència a la dificultat per tenir relacions sexuals, ja sigui per absència, per una possible disfunció sexual o pel fet d'estar en un medi restringit

Els pacients amb trastorns mentals crònics sovint pateixen problemes de disfunció sexual (Montejo, et al., 2010) i en la majoria de casos es deu als efectes adversos de la medicació (Perkins, 2002). S'ha demostrat que és una de les principals raons d'abandonament del tractament farmacològic, amb la conseqüent afectació clínica (Rosenberg et al., 2003). En un estudi de Rosenberg (2003) en el que s'analitzaven els efectes de la medicació antipsicòtica en la disfunció sexual s'indica que la meitat dels pacients no parlen mai o quasi mai del funcionament sexual amb els professionals sanitaris.

En un estudi de Tiwana, McDonald i Völlm (2016) en què s'exploraven les polítiques respecte al manteniment de relacions sexuals en les unitats forenses en 14 països europeus participants en la COST Action "Towards an EU research framework on forensic psychiatric care", es va determinar que cap país tenia una política nacional respecte a aquesta qüestió. Deu dels països seguien els criteris propis dels centres en què es troben les UPP. Anglaterra és el país més restrictiu, ja que no permet cap tipus de trobada íntima del intern amb la seva parella. Suïssa només ho permet en els permisos, mentre que Alemanya, Holanda i Espanya, i alguns recursos de Bèlgica, Àustria, Lituània, Finlàndia i Macedònia permeten les visites conjugals. De tots els països, Holanda i Alemanya són els que tenen una política més oberta, ja que incorporen el tractament de la vida sexual en els plans d'intervenció. L'estudi conclou que, en general, aquesta necessitat en les UPP només es tracta en el cas que el pacient realitzi alguna queixa al respecte.

Altres necessitats no cobertes, identificades pel personal i no pels usuaris, són les drogues, l'alcohol i els delictes sexuals. Aquest resultat, pel que fa a les drogues i l'alcohol, pot ser interpretat de maneres diverses. L'experiència clínica ens porta a pensar que quan els pacients han abandonat el consum per trobar-se privats de llibertat, refereixen no tenir problemes amb l'alcohol i les drogues. La limitació i, quasi sempre, la impossibilitat d'accedir a aquestes substàncies fan que el pacient sobrevalori la seva recuperació. Mentre que el personal, coneixedor dels processos psicològics de la dependència a les drogues i

l'alcohol, valora que el pacient menysté la gravetat de l'addicció i, per tant, assimila l'abstinència, a la remissió de la problemàtica toxicològica. No són pocs els casos, que a pesar del temps d'abstinència, presenten recaigudes en el primer o segon permís al domicili. Aquest tipus de recaiguda es considera terapèutica i pot resultar en una major presa de consciència del problema. Tal i com s'exposa en el model del canvi de Prochaska i DiClemente (1986), la recaiguda no ha de ser vista com un fracàs, sinó com una oportunitat per a l'aprenentatge de l'experiència i l'avenç en el procés de rehabilitació. Així, la possibilitat de gaudir de permisos, abans de l'excarceració definitiva, és crucial per explorar tots els riscos i treballar sobre ells, abans de retornar a la vida a la comunitat.

Una altra troballa destacable sorgeix quan examinem les dades amb relació al diagnòstic. Els resultats dels estudis on les mostres són majoritàriament pacients amb trastorns de l'espectre psicòtic són diferents dels resultats en què les mostres són pacients amb trastorns de la personalitat. En aquest últim cas, les necessitats més freqüents no cobertes són drogues, alcohol, ansietat i heteroagressivitat, mentre que en el primer grup són activitats diàries, informació sobre el tractament, alcohol, relacions íntimes, símptomes psicòtics i tractament. Aquests resultats ens conviden a pensar que els plans de tractament han d'estar destinats a les necessitats específiques dels pacients en funció del diagnòstic, per proporcionar-los una atenció i tractament adequats.

Les diferències que ens mostra l'estudi respecte a la visió del professional i de l'usuari ens indiquen la importància de considerar les dues perspectives, la del pacient i la del personal, tal com hem comentat anteriorment. Incorporar el punt de vista del pacient permet conèixer les divergències amb els professionals i contribueix a fer que es pugui establir un diàleg amb el pacient que enriqueixi tant l'adherència al tractament com la qualitat de vida, ja que és reconegut com a subjecte amb capacitat per decidir sobre el procés i exposar la seva insatisfacció o desacord amb el mateix (McCabe et al., 2007). Incloure la perspectiva del pacient, en les unitats forenses, sobre els processos de presa de decisions, en relació amb aspectes del tractament, la cura i la vida quotidiana, té notables beneficis. Garanteix una adhesió més oberta i sincera al tractament i la cura, i s'emfatitza l'empoderament i es contribueix a la recuperació dels pacients (Coffey, 2006).

Segons els resultats la CANFOR es respon amb més freqüència segons la perspectiva del professional que segons la del pacient, la qual cosa implica que la perspectiva dels pacients és menystinguda. Això pot ser degut al disseny i els objectius dels estudis revisats, que en

alguns casos es van dur a terme per comprovar les característiques psicomètriques de l'instrument en mostres nacionals, o per comparar els resultats amb els d'eines similars.

### **Característiques dels estudis de la revisió**

Les mostres dels estudis inclosos no presenten de manera específica els diagnòstics o el tipus de delictes. Les mostres són descrites de manera general, i destaca la presència de múltiples diagnòstics amb alts índexs de comorbiditat. En alguns articles ni tan sols es descriuen les característiques de les mostres, sinó que es fa referència al fet que són pacients forenses. Aquest fet pot ser considerat com una limitació metodològica i és un dels factors que impedeixen una revisió més detallada de les troballes.

L'heterogeneïtat de les mostres revisades en aquest estudi és notable, i també es veu influenciada per diferències segons el marc legal del país on es va realitzar la recerca. Per exemple, en alguns països, el trastorn de la personalitat no es considera un diagnòstic principal d'admissió en unitats forenses, i en d'altres aquests trastorns no es consideren com a eximents complertes. Els pacients amb trastorn de la personalitat com a diagnòstic principal, solen ser condemnats a presó, mentre que en altres països, se'ls tracta en unitats psiquiàtriques forenses o penitenciàries (Sampson, 2016).

Cap altre camp mèdic és tan sensible al context nacional en què opera com a psiquiatria forense. La jurisdicció, el tipus de recursos, els nivells de seguretat, la qualitat dels serveis, la tipologia dels usuaris i el temps d'estada presenten una gran heterogeneïtat de país a país (Sampson, 2016).

Inicialment, el propòsit d'aquest estudi era realitzar una metanàlisi sobre les necessitats cobertes, no cobertes i totals, segons el sexe, el nivell de seguretat, el diagnòstic i en funció de si responia el propi pacient o bé el personal. Aquest procediment, malauradament, no va ser possible, a causa de la baixa quantitat d'estudis de cada cas i per l'elevada heterogeneïtat. De fet, la majoria dels estudis revisats presenten els resultats d'una manera incompleta. Alguns només informen de les necessitats no cobertes; altres només presenten el nombre de necessitats, d'altres presenten de manera jeràrquica les necessitats, en funció de la rellevància que té per als autors i del propòsit de l'estudi, però sense dades quantitatives. Molts d'ells només proporcionen la valoració per part del personal, i alguns només proporcionen les dades des de la perspectiva dels pacients.

Aquestes qüestions limiten les possibilitats d'aquesta revisió. Si els estudis proporcionessin tots els resultats que permet la CANFOR, potser hauria estat possible agrupar dades i comparar informació, segons el tipus de mostres, el nivell de seguretat i el tipus de resposta segons el professional o el pacient. Malgrat això, hem obtingut dades suficients per exposar algunes troballes interessants sobre les necessitats dels pacients forenses.

## Estudi 2: Necessitats i funcionament social en una mostra de pacients ingressats en les UPP

### Necessitats

Els resultats d'aquest estudi ens mostren que els pacients de les UPP avaluades, presenten menys necessitats totals, cobertes i no cobertes, que les mostres d'altres estudis realitzats en unitats psiquiàtriques forenses i penitenciàries.

Si comparem els resultats del nostre estudi amb altres on les mostres tenen similar prevalença de trastorn psicòtic i de comorbiditat amb trastorn de la personalitat, (Abou-Sinna, 2012; Thomas 2008; Thomas, 2009; Segal, 2010) la nostra mostra presenta menys necessitats totals i no cobertes, tant des del punt de vista dels usuaris, com des del punt de vista del personal. Vegeu la Taula 18.

Taula 18. Nombre de necessitats en estudis similars.

	USUARIS		PERSONAL	
	Totals	No cobertes	Totals	No cobertes
<b>Escuder-Romeva (Tesi)</b>	4,1	1,8	5,1	2,1
<b>Abou-Sinna 2012</b>	5,48	2	9,6	2,3
<b>Thomas 2008</b>	6,8	2,4	8,7	2,3
<b>Segal 2010</b>	7,2	3,14	7,53	2,3
<b>Thomas 2009</b>	7,36	3,4	--	--

El nombre de necessitats dels pacients atesos a les unitats de 2n nivell és menor que les reportades en les unitats de 3r nivell, fet que indica que els pacients estan ubicats adequadament al nivell d'atenció a les necessitats que requereixen.

Pel que fa al tipus de necessitats, tant els pacients com els professionals consideren que els símptomes psicòtics, les activitats diàries i la informació sobre el tractament són les tres necessitats més comunes, presents en més del 40% de la mostra. Seguidament, els usuaris consideren les necessitats d'allotjament i angoixa, mentre que els professionals consideren l'alimentació i l'allotjament. Aquestes dades són coherents amb la mostra que presenta Thomas et al., (2008), on es reporten les mateixes necessitats segons el personal,

mentre que segons els usuaris a més dels símptomes psicòtics i les activitats diàries, també valoren com a necessitat total la salut física.

Respecte a les necessitats no cobertes més comunes, els usuaris i el personal de la nostra mostra presenten el mateix tipus de necessitats. Aquestes són informació sobre el tractament, activitats diàries i allotjament. L'estudi de Thomas et al. (2008) presenta les mateixes necessitats no cobertes, tot i que el personal considera més prevalent els símptomes psicòtics enlloc de la informació sobre el tractament. Altres estudis amb mostres similars a la nostra presenten gairebé el mateix tipus de necessitats (Taula 19).

Taula 19. Tipus de necessitats en estudis similars

	USUARIS		PERSONAL	
	Totals	No cobertes	Totals	No cobertes
<b>Escuder-Romeva (Tesi)</b>	Símptomes psicòtics Informació tractament Activitats diàries	Informació tractament Activitats diàries Allotjament	Símptomes psicòtics Activitats diàries Informació tractament	Informació tractament Allotjament Activitats diàries
<b>Abou-Sinna 2012</b>	Salut física Angoixa Contacte social	Relacions íntimes Activitats diàries Salut física	Salut física Activitats diàries Símptomes psicòtics	Relacions íntimes Símptomes psicòtics Vida sexual
<b>Thomas 2008</b>	Activitats diàries Salut física Símptomes psicòtics	Allotjament Activitats diàries Informació tractament	Activitats diàries Símptomes psicòtics Informació tractament	Activitats diàries Símptomes psicòtics Allotjament
<b>Segal 2010</b>	Angoixa Salut física Tractament	Tractament Informació tractament Relacions íntimes	Angoixa Símptomes psicòtics Tractament	Relacions íntimes Tractament Vida sexual
<b>Thomas 2009</b>	Activitats diàries Alimentació Salut física	Activitats diàries Allotjament Informació tractament	--	--

En el nostre estudi, els símptomes psicòtics, que és la necessitat total més prevalent, present en quasi el 90% de la mostra, està sense cobrir en el 10-15% dels pacients. Aquesta dada ens confirma, per una banda, que hi ha un elevat control dels símptomes psicòtics en les UPP, però també ens planteja que hi ha pacients en els quals els símptomes psicòtics persisteixen. Aquest resultat pot explicar-se per diferents motius. És esperable que en tractar-se d'un estudi transversal, alguns pacients es trobin en diferents fases del tractament, és a dir, alguns pacients poden estar en el període inicial d'ingrés, i d'altres en moments més avançats. Si revisem els resultats segons el nivell d'atenció de les UPP, veiem que els pacients que presenten aquesta necessitat com a no coberta, en major percentatge, són els que estan ingressats a les unitats de tercer nivell que inclouen pacients de subaguts, on els pacients pot ser que encara no estiguin del tot estables o bé que siguin més greus i aquesta necessitat, tot i la intervenció, no es pugui cobrir totalment, o bé que es tracti de pacients resistents al tractament.

Els resultats ens indiquen que la informació sobre el tractament es manté sense cobrir en una tercera part dels pacients. En un dels pocs estudis que analitzen les necessitats en unitats d'hospitalització psiquiàtrica civil, aquesta necessitat es manté sense cobrir en més de la meitat dels pacients (Grishpoon i Ponizovsky, 2008). Aquest domini es refereix a la qualitat i la comprensió de la informació que rep el pacient respecte al tractament. Quan revisem aquest resultat en funció del tipus d'unitat, veiem que els pacients de les unitats de 2n nivell d'atenció, menys especialitzades i amb menys presència de personal sanitari, consideren que aquesta necessitat es manté sense cobrir en la totalitat dels pacients que la presenten, mentre que en les unitats de 3r nivell es cobreix quasi en la meitat dels pacients que la presenten. Hi pot haver diverses explicacions a aquest fet: per una banda, que els professionals no reporten als pacients la informació necessària, o per una altra, que el pacient té dificultat per integrar-la, per les distorsions cognitives que es presenten en els trastorns com l'esquizofrènia (Rector i Beck, 2002). El fet que el pacient no tingui suficient informació sobre el tractament pot afectar a l'adherència i a la seva implicació en el procés d'hospitalització. L'establiment d'una bona relació terapèutica entre el professional i el pacient, implicant-lo en la presa de decisions respecte a la malaltia i aportant-li tota la informació sobre aquesta i sobre el tractament, comporta beneficis clínics i augmenta l'adherència (Day, 2005; Aho-Mustonen et al., 2011).

Una altra dada interessant del nostre estudi és que el domini d'activitats diàries es manté com a no coberta en quasi el 20% de la mostra. Aquest resultat és coherent amb altres estudis en UPP (Abou-Sinna, 2012; Thomas, 2008; Thomas i Leese, 2004; Long, 2015; Hasty, 2012; Dolan 2005; Harty, 2004) i en unitats d'hospitalització civil (Grishpoon i Ponizovsky, 2008). Igual que en la necessitat anterior, en les unitats de 2n nivell es considera una necessitat no coberta en la totalitat dels pacients que la presenten. En les unitats de 3r nivell, en canvi, es cobreix en un alt percentatge, però segueix sent una de les necessitats menys cobertes. Els plans de tractament de les UPP inclouen intervencions tant psicoterapèutiques com d'intervenció educativa o d'infermeria, i aquests són substancialment diferents en cadascuna d'aquestes unitats. Així, les unitats de 3r nivell tenen un pla d'activitats diari més complert per als pacients que es troben en un procés de rehabilitació, però no així en els que es troben en un procés subagut. Les unitats de 2n nivell disposen de menys programes d'activitats i, per tant, més temps sense activitats organitzades o terapèutiques, fet que pot explicar aquest resultat.

L'allotjament és una de les necessitats més detectades que, segons el personal es manté com a no coberta en més del 25% i, segons l'usuari, en més del 17%. Aquest resultat també



el trobem en altres estudis en UPP (Thomas et al., 2008; Thomas, McCrone, i Fahy, 2009) i en l'estudi del medi civil de Grishpoon i Ponizovsky (2008). Una possible explicació a la diferència entre la perspectiva del personal i dels pacients, la podem trobar en el fet que els pacients no identifiquen la manca d'allotjament futur en el moment de l'avaluació, mentre que poden fer-ho quan s'apropa l'alta. L'experiència clínica ens indica que els pacients creuen sovint que tornaran al domicili familiar o que els serveis trobaran un lloc on pugui viure, per la qual cosa no consideren que sigui un problema. El personal, en canvi, té més coneixement de les dificultats d'allotjament que es poden donar a l'alta, tant pel fet que la família informa a l'equip que rebutjarà acollir el pacient o com per la constatació que tenen els equips de la manca de recursos residencials de la xarxa comunitària.

La nostra mostra presenta molt poques necessitats en els dominis d'alcohol, drogues, hetero i autoagressivitat. Aquest fet es pot explicar per la baixa prevalença de trastorns de la personalitat, ja que els estudis que presenten necessitats en aquests àmbits es basen en mostres amb més prevalença de trastorns de personalitat i menys trastorns de l'espectre psicòtic (Long, 2008; Thomas i Leese, 2004; Dolan, 2005 i Harty, 2004). Una altra possible explicació a la baixa detecció de problemes d'alcohol i drogues es deu a la forma en què aquesta dada es valora a l'escala CANFOR. El fet que el període d'avaluació sigui el darrer mes fa que el professional i el pacient acotin la problemàtica a aquest moment. Així, és possible que el manteniment de l'abstinència, que en quasi en tots els usuaris és degut a la manca d'accés a la substància, fa que es consideri que no hi ha problemàtica i no s'atengui aquesta necessitat en tota la seva dimensió. Aquests resultats van dur els professionals de l'àmbit a reconsiderar el mode en què s'avalua aquesta necessitat, ja que la problemàtica en el consum ha de tenir en compte altres factors més enllà de que el pacient es mantingui abstinent.

Convé assenyalar que en les unitats de 2n nivell no es detecta en cap pacient la necessitat vinculada a l'autoagressivitat i, respecte a l'heteroagressivitat, només està present en un pacient segons el personal. Per altra banda, en les unitats de 3r nivell està present en menys del 8%. Aquesta dada ens confirma que els pacients que presenten aquest tipus de necessitat estan ubicats en unitats més especialitzades amb més capacitat de contenció per ambdues situacions.

## **Relació de les necessitats amb el funcionament social i general**

L'altre objectiu d'aquest estudi era analitzar si la presència de necessitats s'associava al funcionament general i social. Els resultats ens indiquen que existeix una relació entre el funcionament general i social, i les necessitats totals i no cobertes, tant des del punt de vista del personal com dels usuaris.

Aquests resultats són coherents amb estudis de mostres ingressades i comunitàries que conclouen la relació entre els trastorns psicòtics i les necessitats totals amb el funcionament social i les activitats de la vida diària (Grishpoon i Ponizovsky, 2008; Viertiö, 2012, Hunter i Barry, 2012).

El nivell de funcionament general de la nostra mostra es caracteritza per la presència de símptomes o dificultats moderades en l'activitat social, dades similars a les presentades en altres estudis de UPP (Davoren et al., 2012; Harty, 2003).

Els resultats de l'LSP indiquen que els pacients presenten més afectació en la vida autònoma i en la comunicació i el contacte social. El fet que la mostra presenti una alta prevalença de trastorns psicòtics pot explicar aquest resultat, com demostren Aki et al., (2008) que troben una correlació entre les subescales de comunicació i contacte social amb els símptomes i els efectes secundaris del tractament en pacients amb esquizofrènia. El medi restrictiu de les UPP pot explicar, en part, l'afectació en aquests àmbits, especialment pel que fa a la vida autònoma, tot i que no s'han realitzat estudis que permetin relacionar-ho.

Les dades respecte a la influència explicativa del funcionament social en la presència de necessitats ens indiquen que la participació i les relacions socials del pacient amb el seu entorn, tenen més importància en la predicció de presència de necessitats totals segons els usuaris i el personal, així com de la presència de necessitats no cobertes segons els usuaris. Per altra banda, el nivell d'autonomia i les conductes irresponsables i conflictives tenen més importància a l'hora d'explicar la presència de necessitats no cobertes segons el personal.

Els resultats ens suggereixen que incidir terapèuticament en aspectes com les relacions socials i l'establiment de bones conductes i actituds respecte als altres contribuirà a la reducció de la presència de necessitats. Proporcionar al pacient el màxim d'autonomia en

diferents aspectes com el control del seu entorn, i donar-li eines per dur una vida independent i responsable amb accés al món laboral o a les activitats educatives i formatives contribuirà a la reducció de les necessitats i a una millora de la seva qualitat de vida (Aki et al., 2008; Slade et al., 2005; Lasalvia et al, 2005) .

### **Relació de les necessitats amb la qualitat de vida**

Els resultats ens confirmen la relació entre les necessitats totals i no cobertes amb el benestar general i la salut percebuda. La percepció de l'usuari respecte a la seva qualitat de vida correlaciona amb les necessitats totals: com pitjor és el seu benestar emocional, social i físic, més necessitats manifesta. En concret, la percepció de sentir-se angoixat i deprimat i veure's afectat en el funcionament social a causa d'aquests problemes emocionals o de salut explica la major presència de necessitats.

Les necessitats no cobertes segons l'usuari correlacionen també amb la salut general i l'estat emocional. Aquestes dades ens permeten confirmar que quan el pacient identifica més dificultat en els àmbits de relació i d'activitat, així com respecte a la salut general, i la salut mental, presenta més necessitats no cobertes.

Les puntuacions de l'escala SF-36 dels pacients de les UPP estan per sota dels valors poblacionals de referència per a la població espanyola (Alonso et al., 1997). Si prenem com a referència el grup poblacional propi de la mitjana d'edat dels nostres pacients, trobem que totes les subescales es troben per sota, amb especial rellevància en el rol emocional i la vitalitat. Aquests resultats són coherents amb els presentats en un estudi sobre la percepció de la qualitat de vida en una mostra de pacients amb esquizofrènia, en què tots els dominis de l'SF-36 es troben per sota dels valors poblacionals i la vitalitat i el rol emocional són els que presenten puntuacions més baixes (Tunis et al., 1999). Altres estudis que han analitzat la percepció de la qualitat de vida amb l'escala SF-36, en pacients amb trastorn d'ansietat i depressió major, també conclouen que l'escala vitalitat és aquella en la qual els pacients perceben més afectació; a més, el rol emocional es troba especialment afectat en el trastorn depressiu major (Sherbourne, Wells i Judd, 1996; Steward et al., 1989). Per tant, és esperable que els pacients de les UPP que pateixen trastorns mentals severos, tinguin pitjor qualitat de vida i una vivència d'afectació en la percepció de vitalitat i d'afectació emocional, com mostren els nostres resultats.

L'èxit en el tractament dels pacients ingressats en les UPP, com hem exposat a la introducció, es mesura en termes de risc, reincidència criminal, reducció de símptomes psiquiàtrics i funcionament psicològic (Chambers et al., 2009). Tanmateix, els usuaris i el personal defineixen que l'èxit en el tractament s'ha de mesurar respecte a qüestions com dur una vida independent, satisfactòria, amb salut i significativa, més que en termes de seguretat o de manca de reincidència (Livingston, 2016).

Norman et al. (2000), van demostrar que hi havia una relació entre la valoració de la qualitat de vida objectiva i les puntuacions de l'LSP avaluada pels professionals, de la mateixa manera que va concloure l'estudi d'Aki et al., (2008), en què va demostrar que la puntuació total de l'LSP, l'autocura, la comunicació i el contacte social correlacionaven amb la qualitat de vida (Heinrichs, Hanlon i Carpenter, 1984).

Considerar la percepció de la qualitat de vida dels pacients, així com la satisfacció vital, la salut física, les activitats diàries i el funcionament social, és un bon indicador del funcionament dels pacients, especialment dels afectats per esquizofrènia (Lehman, 1998; Meltzer, 1992;1999).

Els resultats del nostre estudi apunten en aquesta direcció. Atendre les necessitats com les activitats diàries, les relacions socials, l'estat emocional i de salut, i proporcionar una vida autònoma i independent reduirà les necessitats i contribuirà a una millora de la qualitat de vida.

### **Relació de les necessitats amb la consciència de malaltia**

Amb relació a la consciència de malaltia, els resultats ens mostren que els pacients de les UPP tenen consciència del trastorn mental, però menor consciència dels efectes de la medicació i de les repercussions socials del trastorn. Els resultats de l'estudi de regressió, conclouen que no hi ha relació entre la consciència del trastorn i les necessitats, mentre que la consciència dels efectes de la medicació es relaciona amb les necessitats des del punt de vista dels usuaris i del personal. És a dir, a menys consciència dels efectes de la medicació, més presència de necessitats totals. Aquesta relació pot suggerir que els pacients que presenten més necessitats són els pacients més greus i que, per tant, la capacitat per identificar els efectes de la medicació es veu més afectada a pesar de tenir consciència de trastorn (Alia-Klein et al., 2007). Per altra banda, la manca d'informació respecte al tractament, que els pacients i personal reporten com a necessitat no coberta,

pot contribuir també a la manca de consciència dels efectes de la medicació. Que els pacients presentin poca consciència dels efectes de la medicació pot contribuir a la manca d'adherència al tractament i en conseqüència a una pitjor evolució i, segons Swanson (2004), pot incrementar l'aparició de conductes violentes. Convé destacar que en els medis hospitalaris l'abandonament de la medicació és poc probable, ja que els professionals s'encarreguen d'administra-la, però si el pacient no pren consciència dels beneficis de prendre el tractament, no integrarà aquesta necessitat i s'incrementarà la possibilitat d'abandonament en el medi comunitari, on el control de la pressa de medicació depèn del pacient.

Per altra banda, la consciència de les conseqüències socials del trastorn es relacionen amb les necessitats segons el personal, i explica en part la presència d'aquestes necessitats. Els resultats de l'escala SUMD ens indiquen que els pacients presenten baixa consciència de les conseqüències socials del trastorn. Alguns estudis han trobat que els pacients que tenen bona consciència de la malaltia però que presenten creences estigmatitzants sobre el trastorn, tenen més risc d'experimentar una baixa qualitat de vida, baixa autoestima i un estat d'ànim deprimat (Lysaker, Roe i Llanos 2006; Staring et al., 2009). En la mateixa línia s'ha establert que tenir un pobre *insight* protegeix de l'estat depressiu, i fa que els pacients siguin més optimistes respecte al futur, mentre que els que tenen major *insight* són més pessimistes (Carroll, Pantelis i Harvey, 2004). Aquest efecte oposat de l'*insight*, pot dur als pacients a plantejar-se dues opcions, o acceptar el trastorn i assumir que es pateix una malaltia crònica amb afectacions permanents, o rebutjar el diagnòstic i la medicació i conservar la sensació de control (Barham i Hayward, 1998). Els nostres resultats podrien estar relacionats amb aquesta proposta. Els pacients de les UPP tenen una vivència de doble estigma, per una banda per patir un trastorn mental sever, i per l'altre, pel fet d'estar empresonats. Així, l'acceptació de la malaltia però la negació de les conseqüències socials, podria ser un intent de control sobre una part del estigma experimentat. El nostre estudi no ha explorat les creences estigmatitzants dels pacients, però els resultats obtinguts en aquest àmbit ens porten a considerar la necessitat d'avaluar la vivència de l'estigma en els pacients de les UPP.

Per a intervenir en la consciència de la malaltia, dels efectes de la medicació i de les afectacions socials, així com en la vivència de l'estigma, s'ha demostrat que els programes psicoeducatius són eficaços en la població de les UPP (Aho-Mustonen, 2011).

Aquest estudi ens ha permès demostrar la relació entre les necessitats i el funcionament social, així com amb alguns aspectes de la qualitat de vida i la consciència de malaltia. Tanmateix, convé mencionar algunes limitacions. Es tracta d'un estudi transversal que no ens permet atribuir la causalitat d'aquestes relacions, i no s'han explorat aspectes com l'estat dels símptomes dels pacients. Una limitació important d'aquest estudi és que no es va poder recollir la comorbiditat amb consum de tòxics i d'alcohol. Aquest fet s'explica per la diversitat de d'UPP incloses en l'estudi. No tots els professionals incloïen aquest diagnòstic en la història clínica, i quan es feia era sota criteris diferents, així que, els/les autors/res de l'estudi vam haver de prescindir d'aquesta dada.

Una altra limitació ve donada pel fet de no disposar d'una eina específica de qualitat de vida per a UPP. Això, ens va portar a escollir l'escala SF-36, que està més vinculada a l'estat de salut general. Convé explicar que es van incloure en aquest estudi, les escales LQoLP i la WHO-DAS, però no es van poder utilitzar perquè es va constatar la dificultat de la seva aplicabilitat en el medi forense. S'havia d'adequar un elevat nombre d'ítems i els pacients no sempre comprenien la finalitat de les preguntes. Més enllà d'això, la impressió dels clínics que vam fer les entrevistes era que podíem estar influïent en la resposta del pacient en haver de ser tant explicatius.

A la introducció hem explicat la manca d'estudis respecte al funcionament social en les UPP, tanmateix tampoc hi ha gaires estudis que hagin explorat el funcionament social en els recursos d'hospitalització civil, per la qual cosa no s'ha pogut comparar els resultats del nostre estudi amb unitats similars, com s'hauria desitjat. La major part dels estudis respecte al funcionament social es realitzen en el medi comunitari, aquest fet té la seva justificació: els països del nostre entorn han enfocat el tractament dels trastorns mentals greus basant-se en la reducció de l'hospitalització a llarg termini, apostant per un model comunitari de tractament (Becker i Vázquez-Barquero, 2001). Els països asiàtics són els que més estudis presenten sobre l'avaluació del funcionament social en recursos d'hospitalització a llarg termini, que és el model que es manté com a prioritari en el tractament dels pacients amb trastorns mentals severes (Aki et al., 2008; Fujimaki et al., 2012).

Tot i les limitacions exposades, la fortalesa del nostre estudi es basa en el fet que és el primer cop que s'avalua el funcionament social, la qualitat de vida i la consciència de malaltia en els pacients de les UPP.

### **Estudi 3: Estudi longitudinal de les necessitats dels pacients amb trastorn psicòtic ingressats en les unitats de rehabilitació de les UPP**

L'objectiu d'aquest estudi es basa en la hipòtesi de que els pacients ingressats en unitats de rehabilitació de les UPP reduiran al llarg el primer any d'estada el nombre de necessitats totals i no cobertes, així com els símptomes psicòtics i el factors de risc de violència, i milloraran el seu funcionament general i social.

Podem confirmar que s'ha produït una reducció significativa, al llarg de 12 mesos, del nombre de necessitats totals i no cobertes, tant segons la perspectiva del pacient com del personal, així com dels factors de risc de violència i la simptomatologia psicòtica, mentre que ha millorat el funcionament general i social dels pacients.

La mostra inclosa en l'estudi és de 16 pacients, que representa el 38% del nombre total de places de les unitats de rehabilitació de les UPP en que s'ha realitzat l'estudi. Considerant que aproximadament, el 35% dels pacients que ingressen a les UPP pateixen un trastorn psicòtic, podem estimar que la nostra mostra és representativa.

#### **Evolució de les necessitats**

El nombre de necessitats no cobertes es va reduir de manera significativa des de l'inici del tractament fins als 6 mesos i encara més al cap de 12 mesos. El nombre de necessitats no cobertes a l'inici de l'avaluació era de 4 o 5 (segons la perspectiva de l'usuari o del personal, respectivament), i al final de l'estudi no superava una necessitat. Les necessitats totals, a l'inici de l'avaluació, eren 7 segons els usuaris i 9 segons el personal, mentre que al final de l'avaluació eren 4 i 5, respectivament.

El tipus de necessitats totals més presents segons l'usuari, tant a l'inici com al final de l'avaluació, van ser informació sobre el tractament, allotjament, símptomes psicòtics, ansietat, alimentació i activitats diàries. Segons el personal van ser símptomes psicòtics, informació sobre el tractament, activitats diàries, allotjament, alimentació, ansietat, contacte social, diners i salut física.

Les necessitats no cobertes a l'avaluació basal, segons la perspectiva de l'usuari, van ser informació sobre el tractament, ansietat, allotjament, contacte social i relacions íntimes. El personal considerava que les necessitats no cobertes més prevalents a l'inici de l'avaluació

eren informació sobre el tractament, alimentació, contacte social, relacions íntimes, allotjament, ansietat i activitats diàries.

Els resultats ens mostren que gran part de les necessitats no cobertes, es van cobrint al llarg de l'estada dels pacients a la unitat de rehabilitació. A l'avaluació als 6 mesos, ja s'han cobert les necessitats de símptomes psicòtics i activitats diàries en el total de la mostra, tant des de la perspectiva dels usuaris com dels professionals. L'estabilitat psicopatològica és el principal focus d'atenció en les unitats d'aguts i de subaguts, mentre que les activitats diàries s'inicien a la unitat de subaguts o des de l'ingrés a la unitat de rehabilitació (PSSJD, 'Model d'Atenció i Pla Funcional de la unitat d'aguts i de subaguts de la UHPP', 2017). Per tant, és esperable que aquestes necessitats estiguin cobertes o es cobreixin durant el primer període.

Com acabem d'exposar, quan els pacients són derivats a les unitats de rehabilitació, la presència de simptomatologia positiva és molt lleu, i fins i tot pot estar en el límit de la normalitat, com així ens mostren les puntuacions de l'escala PANNS-P. La millora de les puntuacions de l'escala PANSS-P al llarg dels primers 6 mesos és significativa, fet que confirma que durant el primer període s'assoleix, pràcticament, l'absència de símptomes positius.

Els símptomes negatius, però, són més complexos de cobrir. Segons els resultats de l'escala PANSS-N, la millora és significativa al cap de dotze mesos. Aquests resultats són coherents amb l'estudi de Walker et al. (2012), que als 6 mesos de tractament només identifiquen una millora en els símptomes positius, no així en els negatius ni en la psicopatologia general. En un estudi on s'avalua l'efectivitat de la teràpia cognitiu-conductual, identifiquen millores de la PANSS-N al cap de 18 mesos (Haddock et al., 2003). Mentre que altres estudis han conclòs la manca de millora o una millora no significativa dels símptomes negatius (Walker et al., 2012; Dornan et al., 2015). Convé destacar la importància dels resultats obtinguts en el nostre estudi, respecte a la millora dels símptomes negatius, donat que no solen mostrar-se millores en aquests símptomes en els estudis longitudinals.

La rellevància de la millora dels símptomes negatius és molt elevada donat que aquests símptomes s'han relacionat amb el funcionament social i la qualitat de vida (Katschnig, 2000; Lysaker et al., 2004; Lysaker i Davis, 2004). Aquesta relació pot explicar la millora



que presenten els pacients en la simptomatologia negativa i alhora en el funcionament social i general.

La necessitat activitats diàries es cobreix en la seva totalitat en l'avaluació als 6 mesos. El pla de rehabilitació que es duu a terme a les unitats de rehabilitació de les UPP estructura el dia del pacient amb activitats i intervencions terapèutiques tots els dies de la setmana, per la qual cosa aquest fet pot explicar que es cobreixi aquesta necessitat ja en el primer període.

La necessitat d'informació sobre el tractament, present en un 50% de la mostra segons els usuaris i en més del 60% segons el personal, es cobreix en tots els pacients als 12 mesos. Aquest resultat es pot explicar per la participació en els tallers del programa d'educació per a la salut i en els grups psicoeducatius del programa d'intervenció psicològica, així com les visites clíniques on es transmet informació respecte al tractament. Diferents estudis en pacients d'unitats forenses han demostrat que la participació en grups psicoeducatius millora el coneixement de la malaltia i del tractament i això repercuteix en l'aument de l'*insight* (Walker et al., 2012, 2013; Aho-Mustonen et al., 2011).

La necessitat contacte social es cobreix als 12 mesos en tots pacients. El contacte social és una necessitat que pot veure's més influïda pel pas del temps d'estada. Per tal d'establir una interacció significativa entre els pacients amb els seus iguals i amb els professionals, cal que es produeixi un contacte continuat. La interacció més continuada i normalitzada es dona en les sortides terapèutiques, que es realitzen amb més freqüència en el segon període. Aquest fet pot explicar que el contacte social es cobreixi al llarg del segon període. Els aspectes d'interacció social de la subescala de l'LSP presenten una millora significativa als 12 mesos. Com hem dit, l'estada en les UPP comporta la convivència amb altres pacients i la presència permanent de professionals, a més la major part de programes inclouen el treball en grup, implicant un major grau de contacte i interacció social, fet que no es dona en els serveis comunitaris. En un estudi de Krotrijk (2014), en que s'analitzaven les necessitats en un total de 251 pacients al llarg de la seva participació en els programes de salut mental en la comunitat, la necessitat de contacte social es mantenia com a no coberta en un 62% de la mostra. Resultats similars presenta Wiersma (2001), on la necessitat no coberta contacte social es presentava com a no coberta en un 20% de la mostra amb trastorn psicòtic.

La necessitat angoixa es cobreix en quasi la totalitat de la mostra en l'avaluació final, tot i que als 6 mesos més de la meitat dels pacients la considera coberta. Aquesta necessitat es refereix a l'experimentació de malestar psicològic, estar trist i ansiós o preocupat. La millora que presenten els pacients entorn a aquest malestar també es pot observar en la millora de l'escala de psicopatologia general de la PANSS, que inclou ítems com les preocupacions somàtiques, l'ansietat, els sentiments de culpa o la depressió. Convé mencionar que quan els pacients inicien el treball psicoterapèutic prenen consciència dels actes que els han dut a la unitat i que, sovint, han ocasionat danys físics i/o morals en altres persones. Com hem comentat en la introducció l'objectiu de la rehabilitació, a través de les visites i la participació en els programes els permet elaborar la culpa disminuint la vivència d'angoixa.

Les necessitats que es mantenen com a no cobertes en més pacients, al final de l'avaluació, tant des de la perspectiva del personal com dels usuaris són l'allotjament, l'alimentació, les relacions íntimes i la vida sexual. La dificultat per a cobrir aquestes necessitats pot respondre al fet que escapen al control de la intervenció dels professionals, o bé perquè la intervenció sobre elles s'inicia amb posterioritat al primer any d'estada.

La necessitat d'allotjament es cobreix en la meitat dels pacients que la presentaven; tot i això, es manté sense cobrir en el 18% segons els usuaris i en el 25% segons el personal. Aquesta necessitat acostuma a gestionar-se per part dels equips quan resten aproximadament dos anys per finalitzar la condemna i, en ocasions, a pesar d'identificar i treballar sobre aquesta necessitat, no sempre es pot cobrir des les UPP, sinó que són els serveis comunitaris els que tenen la possibilitat de gestionar un recurs d'habitatge quan el pacient ja és fora de les UPP.

El domini d'alimentació es cobreix en la meitat dels pacients que presentaven aquesta necessitat, durant el segon període d'estada. L'adquisició d'habilitats per a l'autonomia en aquest àmbit es fa a través de l'assistència dels pacients al taller de cuina i alimentació. Aquest taller implica la realització de sortides terapèutiques, on els pacients realitzen la compra d'aliments als establiments comercials i es desplacen a una cuina habilitada del PSSJD per elaborar els plats. Així doncs, participar en aquesta activitat requereix que els pacients presentin els criteris per a obtenir l'autorització de fer sortides. Aquests criteris, a nivell clínic, inclouen un nivell de risc baix i el compromís de participació en el pla de tractament. És al llarg del primer període quan es treballa sobre aquests criteris i en el segon quan els pacients que els compleixen poden gaudir de sortides a la comunitat. Els

pacients que mantenen sense cobrir la necessitat d'alimentació és perquè: o bé no compleixen els criteris per a iniciar el programa de sortides, o bé s'han prioritzat altres intervencions.

Les relacions íntimes i la vida sexual són necessitats no cobertes en el 18% de la mostra al final de l'avaluació, tant des de la perspectiva dels pacients com del personal. Un 94% de la mostra no té parella. Aquest fet pot explicar que alguns pacients mantinguin la necessitat de tenir una parella i que els serveis no puguin intervenir pel cobriment d'aquesta necessitat. Aquests resultats són consistents amb l'estudi de Grishpoon i Ponizovsky (2008), on refereixen que les necessitats més difícils de cobrir i sobre les que els pacients refereixen rebre poca ajuda dels serveis i/o dels familiars són vida sexual, relacions íntimes i informació sobre el tractament. Aquests resultats són coherents amb altres estudis sobre pacients forenses (Abou-Sinna et al., 2012; Segal et al., 2010, Castelletti et al., 2014; Long et al., 2013) i en unitats d'hospitalització civil (Grishpoon et al., 2006). Un estudi dut a terme per McCann al 2010, va analitzar la percepció de les relacions íntimes i l'expressió sexual, en una mostra de 30 pacients en seguiment comunitari. Els pacients i els professionals que els atendien van respondre a l'escala CANFOR. Segons els usuaris, un 72% valorava com a no coberta la necessitat relacions íntimes i un 53% la necessitat de vida sexual. En la nostra mostra, la vida sexual es manté com a necessitat no coberta en el 18% dels pacients als 12 mesos. Una explicació a aquest resultat poden ser els efectes adversos de la medicació que poden produir disfunció sexual (Perkins, 2002). Una altra explicació pot ser pel fet de no poder mantenir relacions sexuals mentre estàn ingressats a la unitat. Respecte a aquest darrer fet, l'accés a un espai per mantenir relacions sexuals està previst en la política de visites dels centres penitenciaris, sempre que sigui amb una parella consolidada abans de l'entrada a presó, fet que no es compleix en la majoria dels nostres pacients.

### **Evolució del funcionament general i social**

Un altre dels objectius principals d'aquest estudi era conèixer com evoluciona el funcionament social i el funcionament general dels pacients al llarg de l'estada a les unitats de rehabilitació. Com hem esmentat a l'inici de la discussió, el funcionament, tant general com social, presenta una millora al llarg dels 12 mesos d'avaluació.

El funcionament general millora al llarg de l'estada a la unitat, on els pacients passen de tenir un funcionament caracteritzat per la presència de símptomes moderats com l'aplanament i crisis d'angoixa ocasionals, així com dificultats en l'àmbit social, i relacional,

a presentar algun símptoma lleu o alguna dificultat, però amb un funcionament general força bo, amb relacions interpersonals significatives. Aquests resultats són coherent amb els resultats obtinguts en la PANSS i en la CANFOR.

El funcionament social presenta una millora notable al llarg de l'estada dels pacients en la unitat de rehabilitació. La diferència més significativa la trobem en les subescales de comunicació i contacte social, autocura i comportament social interpersonal, mentre que la vida autònoma i el comportament social no personal presenten una diferència també significativa però més feble.

A la vista d'aquests resultats podem concloure que els pacients han millorat en la seva capacitat de tenir cura d'ells mateixos i del tractament, en l'adequació de les conductes i l'actitud en situacions socials i respecte a les habilitats comunicatives i en la participació i les relacions socials. Resultats similars els trobem en un estudi de Nijman et al. (2004), que analitzava la millora en diferents àmbits de rehabilitació durant l'estada dels pacients sota tractament involuntari en una unitat forense holandesa. En aquest estudi, igual que en el nostre, no s'analitzava cap intervenció en concret sinó que s'avaluaven els canvis en les puntuacions d'un qüestionari de rehabilitació en cinc ocasions, en períodes de sis a vuit mesos. Els resultats conclouen que hi ha una millora en l'autocura, i en l'activitat social al llarg de les avaluacions.

Al llarg de l'estada en la unitat de rehabilitació de les UPP els pacients participen en diversos programes de rehabilitació, i els tallers més freqüents i on més pacients participen són els d'educació social i d'infermeria. Així, les millores esmentades podrien deure's a la participació en els tallers d'aquests programes. Per exemple, l'autocura i l'automedicació, són dos dels focus de tractament dels tallers d'educació per a la salut; les conductes i l'actitud en situacions socials, així com les habilitats socials, són el nucli de treball dels programes educatius i de les sortides programades. Aquestes sortides són un tipus d'activitat en què un grup de pacients surt a realitzar activitats a la comunitat en companyia de professionals sanitaris i sense funcionaris de vigilància. Les UPP de l'estudi promouen que l'actitud dels professionals en aquestes activitats no sigui de control sinó de complicitat i d'acompanyament, d'aquesta manera es pretén compartir amb els pacients un espai normalitzat en què percebin els professionals com a iguals.

Les avaluacions i les intervencions socials en el nostre medi, s'han d'adaptar a les condicions restrictives de les UPP. D'aquesta manera, s'aprofiten totes les oportunitats de

l'entorn per fomentar les relacions entre el pacient i els seus iguals, així com les relacions entre els pacients i els professionals, des d'una perspectiva oberta i no jerarquitzada. McInnes et al. (2014) van dur a terme un estudi que analitzava la relació terapèutica i el nivell de satisfacció amb els serveis d'un grup de pacients d'un hospital forense de nivell mitjà de seguretat. Els resultats van indicar que hi havia una visió generalment positiva de la relació terapèutica amb el personal en aquests entorns forenses. Segons McInnes, això suggereix que la naturalesa restrictiva del servei i el paper de custòdia del personal, de vegades, funcionen per influir en la naturalesa i la perspectiva de la relació terapèutica. McInnes conclou que és molt important que els clínics impulsin estratègies per promoure i mantenir la relació terapèutica. De la mateixa manera, ser tractats amb respecte i com un igual és ben valorat pels pacients i els permet expressar amb més facilitat les seves emocions (Olofsson et al; 2001). Per tal que hi hagi una relació positiva entre persones, cal un contacte regular, i aquest contacte es dona en els àmbits amb molta presència de personal, com és el cas de les UPP. També s'ha observat que les relacions interpersonals han de ser de confiança per a desenvolupar una relació respectuosa; per a això el personal necessita passar temps amb els usuaris del servei (Hopkins, Loeb i Fick , 2009), fet que es dona en les UPP tant en les intervencions dins la unitat com en les sortides terapèutiques.

Segons Lindqvist (2000), els residents en UPP que promouen la salut i el contacte social poden trobar-se per primer cop en la seva vida en un entorn solidari, i el foment d'aquests valors i actituds permet al pacient construir autoconfiança i autoestima. Lindqvist planteja que tot i que aquests valors s'iniciïn en l'estada a les UPP, es poden generalitzar en la comunitat, interioritzant conceptes de competència en el pacient.

La major part dels tallers de les UPP es realitzen en grup per a propiciar les relacions i conductes socials i interpersonals. Com hem assenyalat anteriorment, els tallers més freqüents i on més pacients participen són els d'educació social i d'infermeria. Els tallers del programa d'educació social són bàsicament grups d'activitats. Aquest tipus de grups incorpora una varietat de tasques dirigides on proposen una activitat al voltant de la qual els individus poden millorar les habilitats i relacionar-se entre ells (McInnes et al., 2014).

En un estudi de Schindler et al. (1999), es va comparar l'efectivitat de diversos tipus de grups en la millora de les interaccions socials dels pacients amb trastorns mentals severes i es va concloure que els participants en grups d'activitats mostraven un nivell significatiu de millora en les habilitats d'interacció social. Els participants en el grup d'activitats interactuen amb més habilitat i espontaneïtat, perquè aquest tipus d'interaccions són requerides per la

mateixa activitat. A més, segons planteja Schindler, la presència d'una tasca pot proporcionar un enfocament que no genera cap amenaça per a les persones que tenen dificultats per interactuar en situacions socials.

Al llarg de l'estudi la participació dels pacients en els tallers dels diversos programes de rehabilitació augmenta. Aquest fet pot explicar-se per les fases que comporta l'estada dels pacients en la unitat de rehabilitació. En la primera fase, l'avaluació de les necessitats dels pacients en els diferents àmbits és el centre de la intervenció. Tanmateix, durant aquest primer període s'inicien els tractaments farmacològics i d'autocura, que continuaran durant la resta de l'estada del pacient. En la segona fase es produeix la proposta de participació en els programes que els professionals consideren adients per les necessitats avaluades. El fet que el pacient es trobi en un àmbit involuntari, és a dir, que es trobi en la UPP per motivacions judicials, no comporta que se'l pugui obligar a la participació en les activitats (Nijman et al., 2004; Hornsveld i Nijman, 2005) per la qual cosa, la relació terapèutica té un paper fonamental per tal de generar interès en la participació. La darrera fase comporta la integració del pacient tant en el funcionament de la unitat com en la seva implicació en el programa de rehabilitació. Segons els resultats, la participació dels pacients en els programes augmenta en el darrer període, que és on trobem una reducció significativa de les necessitats, de la psicopatologia i una millora en el funcionament social i general.

### **Evolució del risc de violència**

Amb relació a l'avaluació del risc de violència, l'escala HCR-20 mostra una reducció del nombre de factors clínics i de gestió del risc, així com, un canvi en la valoració clínica que fa el professional.

L'escala HCR-20, com hem exposat a la introducció, és una escala sobre el risc de violència, que ens permet gestionar el cas revisant tots aquells factors que estan presents, tant els històrics, com els clínics, com els de gestió del risc. Els factors històrics són estàtics i com és d'esperar es mantenen estables en las tres avaluacions. El nombre de factors clínics i de gestió de risc disminueix al llarg dels 12 mesos

Respecte a la valoració clínica, a l'inici del tractament, més del 50% de la mostra presentava un risc alt, mentre que als 12 mesos aquest nivell de risc només estava present en el 6% de la mostra. Aquesta disminució s'explica perquè els pacients passen a tenir un risc mig o baix. Així, com és d'esperar en el nivell mitjà trobem que passa d'estar present

en el 12% de la mostra, a estar-ho en el 50% i el risc baix passava d'estar present en més del 30% de la mostra a estar-ho en més del 40%. Aquesta millora del nivell del risc es reflecteix en l'augment del nombre de pacients que realitzaven sortides, donat que, com hem dit anteriorment, la proposta d'iniciar el programa de sortides depenia en gran part del nivell de risc que presentava el pacient.

La gestió del risc en les UPP sol fer-se de manera individualitzada, donat que els objectius a tractar són únics de la persona. L'heterogeneïtat en el tipus de risc que presenten els pacients i qüestions com la confidencialitat respecte al delictes, dificulten realitzar intervencions en grup. Tenint en compte que les visites individuals són l'únic espai en què es treballen els factors de risc d'una manera directa, podem considerar que la reducció tant del nombre de factors, com de la valoració clínica, es deu a aquestes intervencions, sense menysprear que altres variables que hi poden influir. En un estudi de Abou-Sinna et al. (2012) van demostrar la relació entre el nombre de necessitats de la CANFOR i els factors clínics i de risc de l'HCR-20, així, quan les necessitats es cobreixen els factors de risc disminueixen. Tot i això, no es considera aconsellable utilitzar la CANFOR per l'avaluació del risc sinó fer-ho amb escales específiques com l'HCR-20.

En un estudi de Long et al. (2011) realitzat en una unitat forense de mitjana seguretat, van trobar que la relació terapèutica positiva es va associar amb uns nivells de seguretat més baixos, menys trastorns del comportament i nivells més alts de motivació i implicació del tractament. McInnes et al. (2014) també indica que quan el nivell d'empatia del personal augmenta, es redueix el risc d'agressió del pacient. Aquests resultats ens permeten interpretar que tot i que el risc es treballa específicament en les visites individuals, la relació terapèutica i el grau d'empatia mostrat pel personal pot estar influïent també en els resultats obtinguts respecte al risc de violència.

### **Influència dels trets de la personalitat en l'evolució de les necessitats**

Una de les hipòtesis que vam preveure al dissenyar l'estudi era que, els trets de personalitat dels pacients influïrien en l'evolució de les necessitats. El baix nombre de pacients inclosos en l'estudi, així com la pèrdua de pacients en l'administració de la PAI, impossibiliten confirmar aquesta hipòtesi. Malgrat això, podem exposar algunes troballes interessants, respecte als trets de personalitat dels set pacients avaluats i les diferències entre el moment inicial i final de l'avaluació. Les escales en què a l'inici de l'avaluació la meitat o més de la meitat dels pacients puntuaven en els rangs alts són queixes somàtiques, trastorn de

l'ansietat, depressió, trets antisocials i problemes amb les drogues. Al final de l'avaluació en les escales queixes somàtiques, ansietat, trastorns de l'ansietat i problemes amb les drogues, trobem menys pacients que puntuïn en aquests rangs. En les escales d'ansietat, de depressió i de trets antisocials, al final de l'avaluació predominen les puntuacions en rangs mitjans i baixos.

A l'inici de l'avaluació, la meitat de la mostra puntuava en els rangs alts de l'escala ideacions suïcides, mentre que al final de l'avaluació trobem predomini de rangs baixos. Molts estudis han estudiat la incidència de les idees i la conducta suïcida en pacients psicòtics, especialment en pacients amb esquizofrènia, i han establert que del 4 al 7% dels pacients cometen suïcidi al llarg de la vida (Palmer et al., 2005; Inskip et al., 1998; Pompili et al., 2005). A més, un estudi recent de Flynn et al. (2017), refereixen que un total de 113 pacients van suïcidar-se mentre es trobaven ingressats en unitats psiquiàtriques d'ingrés entre el 2006 al 2012. Així doncs, és important avaluar i intervenir en els pacients que manifesten idees suïcides. Al llarg dels 12 mesos de seguiment del nostre estudi, no es va registrar cap intent autolític entre els nostres pacients, ni es van realitzar intervencions terapèutiques concretes en relació a la ideació autolítica. Tanmateix, les intervencions psicoeducatives tracten conceptes com la vivència de l'estigma i les idees negatives respecte al trastorn, que tenen un paper en el risc de suïcidi (Melle i Barret, 2012). Per altra banda, l'entrenament metacognitiu inclou mòduls d'intervenció sobre l'autoestima, la simptomatologia depressiva, la desesperança i la manca de autoconfiança, que juguen un paper important en la ideació autolítica (Balhara i Verma, 2012). Així, podem considerar que les intervencions psicològiques han contribuït a la disminució d'aquestes idees.

En les escales de mania, paranoia, esquizofrènia i trets límits, al final de l'avaluació la majoria dels pacients puntuaven en els rangs baixos, mentre que a l'inici puntuaven en els rangs mitjans. Aquest resultat és coherent amb la disminució de símptomes psicòtics i de psicopatologia general de l'escala PANSS i pot deure's a la intervenció terapèutica, que té com a finalitat influir en aquests dominis.

Respecte a l'escala de rebuig al tractament, més de la meitat de la mostra al principi i al final de l'avaluació perceben la necessitat del tractament, tot i que al final alguns pacients consideren que no necessiten realitzar canvis, fet que pot explicar-se perquè els pacients identifiquen que els canvis desitjats ja s'han assolit i rebaixen la seva motivació respecte al tractament.



En l'escala suport social, hi ha més pacients insatisfets amb el suport d'amics i familiars que al principi. Una possible explicació a aquest resultat pot ser que a l'inici de l'avaluació els pacients tinguin expectatives que aquest suport està present, i un any després constatin que no s'han donat mostres del suport desitjat.

Els resultats d'aquest estudi conclouen una millora en la reducció de necessitats totals i no cobertes, una millora en l'estat psicopatològic i en el funcionament social i general i en la valoració del risc de violència. Aquest estudi no ens permet atribuir a les intervencions rehabilitadores, els canvis en les puntuacions dels qüestionaris. Per poder fer aquesta atribució s'hauria de dissenyar un assaig clínic amb un grup control que permetés descriure les diferències respecte als pacients que han participat als programes de rehabilitació i els pacients que no hagin rebut aquestes intervencions. Lindqvist (2000), planteja que la recerca destinada a analitzar els efectes de la rehabilitació en psiquiatria forense, es veu obstaculitzada per diversos factors. Per una banda, per la complexitat dels sistemes de tractament forenses, on interaccionen moltes variables que no poden ser controlades. Una altre dificultat ve donada pels problemes en la realització de dissenys d'estudi controlat aleatoris en relació amb els pacients i els sistemes de tractament. No sempre és factible disposar del suficient nombre de pacients amb característiques similars, ni tampoc administrar diferents tractaments per l'obligatorietat imposada en els recursos forenses. El fet de no disposar de suficients dades respecte a les mesures de resultat adients i la manca de disponibilitat d'eines d'avaluació específiques i fiables, és un altre de les dificultats reportades per Lindqvist.

A pesar de les limitacions de l'estudi respecte al nombre de pacients, no podem obviar que les intervencions habituals, dutes a terme al llarg de l'estada del pacient a les unitats tenen un efecte en la millora de la simptomatologia, del funcionament general i social i en la reducció de les necessitats i del risc de violència.

Segons Wiersma (2009) les intervencions en salut mental haurien de demostrar un efecte en el funcionament del pacient i també en les seves necessitats, sobretot en les necessitats no cobertes i el nostre estudi ha demostrat aquest efecte.

La fortalesa d'aquest estudi ve donada pel fet de ser la primera vegada que s'avalua l'evolució dels pacients en les UPP amb mesures estandarditzades per a diferents àmbits clínics, socials i de risc. Tot i la naturalesa descriptiva i observacional d'aquest estudi,

podem concloure que els pacients milloren notablement en els àmbits tractats, i contribueix a la disminució de les necessitats presentades a l'inici de l'estada.

## **Implicacions en la pràctica clínica i en futures investigacions**

Els resultats d'aquesta tesi ens han permès concloure que les necessitats de la població forense de les UPP catalanes són similars a les d'altres països del nostre entorn, a pesar de les diferències culturals i legislatives. Podem afirmar que existeix un elevat grau d'acord entre les necessitats identificades pels pacients i pels professionals. Hem constatat que els pacients de les UPP presenten afectacions en el funcionament social i general, especialment en el nivell d'autonomia i el contacte social, i que tant el funcionament social com alguns aspectes de la qualitat de vida i la consciència de malaltia, tenen un paper important en el nombre i el tipus de necessitats que presenten els pacients. També s'ha demostrat que la major part de les necessitats es cobreixen amb les intervencions rehabilitadores, mentre que d'altres malauradament escapen al control de les mateixes. A més, les intervencions contribueixen a la reducció del risc i a la millora del funcionament social i general i en la qualitat de vida.

Aquests resultats tenen una implicació directe en la pràctica clínica. Per una banda, ens permet confirmar que els plans i programes d'intervenció, així com, el grau d'implicació del personal en les tasques assistencials contribueix a l'èxit d'aquests programes i a la millora dels pacients. Però, aquests resultats també posen llum sobre alguns dèficits o mancances que convindria revisar. Per una banda, hem de posar més atenció en aspectes com l'expressió i la vida sexual dels nostres pacients, explorar amb més detall l'*insight* i l'estigma, que pot estar jugant un paper fonamental en l'acceptació de la malaltia i en les conseqüències socials de la mateixa.

Com hem exposat en diferents apartats d'aquesta tesi, l'èxit en el tractament d'aquesta població en les UPP es mesura en relació a l'assoliment de dos objectius. Per una banda, diagnosticar i tractar la malaltia mental i proporcionar els tractaments necessaris per a que aquests pacients desenvolupin les habilitats emocionals, socials i intel·lectuals necessàries per a viure en un entorn comunitari amb el mínim suport possible. Per altra banda, contribuir a la reducció del risc de reincidència en la conducta criminal, contribuint així a fer una societat més segura.

Aquesta tesi, confirma que alguns dels propòsits de les UPP es compleixen. Els pacients de les unitats de rehabilitació, presenten millores en relació a la malaltia mental, respecte al coneixement de la malaltia i en la responsabilitat de tenir cura de la mateixa. Milloren el seu funcionament social, i general, i el seu nivell d'autonomia i de contacte social, mentre

es troben a les UPP. Ara bé, és real aquesta millora?, aquestes millores es mantindran quan el pacient abandoni el recurs?, s'ha contribuït a la reducció de la reincidència?.

Aquestes respostes són difícils de respondre actualment i en el futur immediat, mentre no comptem amb dispositius externs que permetin donar continuïtat a la tasca iniciada en les UPP i poguem avaluar les millores en la comunitat. Sóm conscients que aquesta proposta depèn de molts factors i que requerirà de sensibilitzar a la població i als responsables de salut i de justícia respecte al fet que tractar en un medi socialment fictici, no sabem si contribueix a la millora en un medi social real.

Els pacients tractats en les UPP que compten amb bones condicions externes, i que han pogut realitzar un procés d'externació amb suport familiar i social, o aquells que són admesos en recursos contenidors i amb propostes de seguiment i d'acompanyament fins a assolir adequats graus d'autonomia, possiblement podran mantenir el que han après i hauran integrat els canvis adequadament. Però a dia d'avui aquesta afirmació no pot ser contrastada amb l'evidència científica. Com hem comprovat, les necessitats bàsiques com l'allotjament es queden sense cobrir en alguns pacients; podem considerar que les persones sobre les que hem intervingut per a millorar aspectes de la salut mental i aspectes socials, mantindran aquests canvis si han de viure al carrer o en una pensió?.

Els professionals que treballem en aquest camp som conscients de les nostres limitacions, algunes provinents del sistema forense, i d'altres provinents de la manca de recerca en aquest camp. Les diferències en el marc cultural i judicial, com hem comentat, ens dificulta l'aplicació de programes i tractaments que s'han demostrat eficaços en altres països. Un exemple d'aquestes diferències són el tipus de recursos forenses. Mentre que en el nostre país, les UPP es troben exclusivament dins les presons, en altres països es troben ubicades en el medi comunitari. Així, treballar sobre la rehabilitació i la recuperació en un medi real, com aconsellen els experts, és a dia d'avui impossible en el nostre medi. Tot i aquesta limitació, les UPP s'esforcen per a tractar de conformar un espai el més similar possible a la societat i explorar totes les vies possibles per a dur la rehabilitació a l'exterior, mitjançant sortides terapèutiques i permisos.

Ara bé, convé mencionar que amb l'organització forense actual, quan un pacient és derivat a una unitat psiquiàtrica civil, torna en certa manera, a la casella de sortida. No són poques les ocasions en que els recursos civils mantenen els pacients en unitats més contenidores del necessari pel fet de que provenen del medi penitenciari. Pacients que han realitzat

sortides terapèutiques i que mantenen un nivell de funcionament adequat, un baix nivell de risc i una elevada responsabilitat, que ha dut a un tribunal a considerar el canvi a un medi menys restrictiu, es troben de nou sota condicions restrictives en el medi civil, fet que pot contribuir a una regressió del que s'ha avançat en el medi forense/penitenciari.

Una possible solució a aquest trencament en la intervenció seria comptar amb recursos comunitaris de continuïtat assistencial. Poder fer seguiment a aquests pacients, tant en unitats d'ingrés civils, pisos terapèutics o recursos d'hospitalització de dia, permetria continuar amb l'assistència i la recerca en el medi social real, i podríem constatar si les tractaments en les UPP són efectius en la seva tasca essencial, garantir la reinserció en la societat de manera segura per ells i per els seus iguals.

Per últim, voldria fer menció a una proposta que s'expressa, cada cop amb més força, en la literatura, el procés de reinstitucionalització.

Autors com Priebe, Chow, o Fakhoury, estàn posant èmfasi en el fenomen de retorn a un model d'institucionalització que està tenint un avenç sigil·lós i quasi imperceptible. Aquests autors manifesten que el procés de desinstitucionalització iniciat als anys 50 i 60 en la major dels països europeus, que pretenia traspasar la cura i el suport dels pacients amb malaltia mental, de les institucions de custòdia i els asils a recursos comunitaris, ha tingut un èxit relatiu (Priebe et al., 2004). Promoure un sistema de tractament amb supervisió de professionals, amb places d'hospitalització parcial o a través pisos terapèutics, ha estat la base dels plans de salut mental en els països occidentals, però s'han desplegat de manera irregular i han estat criticats per diferents motius. Per una banda, la inadequada derivació als serveis comunitaris, que pot dur al pacient a no ser atès de manera continuada per la descoordinació entre serveis; també es critica la manca de nivells diferents de suport, passant de recursos d'hospitalització aguda a recursos comunitaris; la manca de reintegració social, tot i les expectatives, els pacients en el medi comunitari mantenen contactes entre ells, no accedeixen a feines normalitzades i per tant tenen poques oportunitats per la integració (Fakhoury i Priebe, 2007).

Així doncs, tot i que el nombre de llits de llarga estada continua disminuint, s'estan produint fenòmens que ens porten a plantejar que estem davant d'un procés de reinstitucionalització. Augmenten els llits de psiquiatria forense/penitenciària; augmenta el nombre de persones amb patologia mental a les presons i d'ingressos involuntaris en els hospitals civils, a més augmenta la incidència de patologia severa amb l'augment de la

comorbidity amb substàncies i des d'edats més primerenques (Fakhoury i Priebe, 2007; Chow i Priebe, 2015). Aquest augment, tanmateix, pot tenir una altra lectura, com és el fet que l'existència de serveis comunitaris ha millorat la detecció dels trastorns de salut mental.

Aquesta realitat a la que no podem donar l'esquena i que es constata en el nostre dia a dia, requereix que augmentem la recerca per a poder tractar aquests pacients en les millors condicions i garantint la implementació de tractaments adequats, tant respecte al trastorn mental, com als riscos associats, concretament els criminals.

El professor Meynen, en un article d'opinió recent, afirma que la recerca en psiquiatria forense topa amb els murs i les lleis, *"... els murs s'interposen en el camí de la investigació psiquiàtrica forense... no només els maons, les portes i les tanques, sinó també les rutines diàries obligatòries i les mesures de seguretat de les instal·lacions penitenciàries... per a un investigador, només portar un ordinador portàtil a l'interior de la presó és un gran desafiament. (...) aconseguir una 'n' suficient serà més difícil, és molt més difícil obtenir resultats en 10 pacients psiquiàtrics forenses que en 100 pacients no forenses"*. En l'article també inclou els obstacles que provenen de les lleis, *"la llei pot prescriure un tipus específic d'intervenció i també la seva durada. Això implica que l'aleatorització en poblacions forenses només pot ser possible en un rang molt limitat. Atès que els assaigs controlats aleatoris constitueixen un paradigma d'investigació extremadament valuós en psiquiatria, és evident que aquest tipus de restricció és un obstacle greu, almenys per als estudis d'intervenció en salut mental forense"* (Meynen, 2017).

Considerant aquestes limitacions i constatant les dificultats del medi forense/penitenciari per a fer recerca, considerem imprescindible fer front als obstacles i continuar la tasca investigadora. Per una banda, desenvolupant i/o adaptant instruments d'avaluació específics a aquesta població; realitzant estudis longitudinals que sobrepassin els murs i analitzar l'efectivitat de les intervencions iniciades a l'interior un cop el pacient és a l'exterior.



## **CONCLUSIONS**





## CONCLUSIONS

### **Estudi 1: Revisió sistemàtica de les necessitats dels pacients ingressats en unitats psiquiàtriques forenses**

1. El personal identifica quasi el doble de necessitats totals que els usuaris i similar nombre de necessitats no cobertes.
2. Les necessitats totals més comunament identificades tant pels usuaris com pel personal són les activitats diàries, l'angoixa i els símptomes psicòtics.
3. Els usuaris i el personal identifiquen com a necessitats no cobertes, les activitats diàries i les relacions íntimes; els usuaris, a més, identifiquen la informació sobre el tractament i l'allotjament, mentre que el personal identifica també la vida sexual, l'angoixa, les drogues, l'alcohol i el delictes sexual.

### **Estudi 2: Necessitats i funcionament social en una mostra de pacients ingressats en les UPP**

1. Els usuaris i el personal identifiquen com a necessitats totals més comunes els símptomes psicòtics, les activitats diàries i la informació sobre el tractament, i com a no cobertes la informació sobre el tractament, les activitats diàries i l'allotjament.
2. Els subjectes ingressats en UPP de segon nivell d'atenció presenten menys necessitats que els subjectes ingressats en UPP de tercer nivell d'atenció.
3. El funcionament general i social es relaciona amb el nombre de necessitats totals i no cobertes, tant des del punt de vista del personal com dels usuaris.
4. La qualitat de vida i tots els seus dominis es relacionen amb les necessitats totals i no cobertes segons els usuaris, mentre que pel personal les necessitats es relacionen amb els dominis de vitalitat, funció social i salut mental, així com amb la consciència de malaltia.

**Estudi 3: Estudi longitudinal de les necessitats dels pacients amb trastorn psicòtic ingressats en les unitats de rehabilitació de les UPP**

1. El nombre de necessitats totals i no cobertes es redueix al llarg dels 6 i 12 mesos.
2. El funcionament general i social millora al llarg dels 6 i 12 mesos.
3. Els símptomes psicòtics, la psicopatologia general i el risc de violència disminueixen al llarg dels 12 mesos d'avaluació.
4. La influència dels trets de la personalitat en l'evolució de les necessitats no ha pogut demostrar-se.

## **BIBLIOGRAFIA**



- Abidin, Z., Davoren, M., Naughton, L., Gibbons, O., Nulty, A., i Kennedy, H.G. (2013). Susceptibility (risk and protective) factors for in-patient violence and self-harm: prospective study of structured professional judgement instruments START and SAPROF, DUNDRUM-3 and DUNDRUM-4 in forensic mental health services. *BMC Psychiatry*, 13:197. doi:10.1186/1471-244X-13-197
- Abou-Sinna, R., i Luebbers, S. (2012). Validity of assessing people experiencing mental illness who have offended using the Camberwell Assessment of Need-Forensic and Health of the Nation Outcome Scales-Secure. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(5), 462–70. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2012.00811.x>
- Aho-Mustonen, K., Tihonen, J., Repo-Tihonen, E., Ryyänen, O.P, Miettinen, R. i Rätty, H. (2011). Group psychoeducation for long-term offender patients with schizophrenia: an exploratory randomised controlled trial. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21 (3), 163-76.
- Aki, H., Tomotake, M., Kaneda, Y., Iga, J. ichi, Kinouchi, S., Shibuya-Tayoshi, S., ... Ohmori, T. (2008). Subjective and objective quality of life, levels of life skills, and their clinical determinants in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 158(1), 19–25. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.017>
- Alia-klein, N., Rourke, T., Goldstein, M.O, i Malaspina, D. (2007). Insight into Illness and Adherence to Psychotropic Medications are Separately Associated with Violence Severity in a Forensic Sample. *Aggressive Behavior*, 33(May 2005), 86–96. <http://doi.org/10.1002/ab>
- Alonso J., Prieto L., i Antó J.M. (1995). La versión española del SF- 36 Health Survey (The Spanish version of the SF-36 Health Survey: a measure of clinical outcomes). *Medicina Clínica*, 104: 771-776.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C., i de la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*, 111, 410-416.
- Altman, D.G. (1991) *Practical statistics for medical research*. London Chapman and Hall.

- Amador, X.F., i Strauss, D.H. (1990). The scale to assess unawareness of mental disorder. Columbia University and New York State Psychiatric Institute.
- Amador X.F., Strauss D.H., Yale S.A., Flaunm M.M., Endicott J. i Gorman J.M. (1993). Assessment of insight in psychosis. *American Journal of Psychiatry* 150:873-9.
- American Psychiatric Association. (2001). Diagnostic and statistical manual mental disorders (4th ed.). Washington, DC.
- Andres-Pueyo, A. i López, S. (2004). Barcelona, Universidad de Barcelona. Publicacions i Edicions
- Andrés-Pueyo, A. i Redondo, S. (2007). Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del Psicólogo, Sección Monográfica*, 28(3), 157–173.
- Andrés-Pueyo, A., i Echeburúa, E. (2010). Valoración del riesgo de violencia: Instrumentos disponibles e indicaciones de aplicación. *Psicothema*, 22(3), 403–409.
- Andrews D.A. i Bonta J. (1998). *“The psychology and criminal conduct”*, 2nd ed. Cincinnati, Anderson Publishing Co.
- Andrews D, Bonta J. (2017) *The Psychology of Criminal Conduct*. 6 ed. New York, Routledge. .
- Appelbaum, P.S. (2006). Violence and mental disorders: data and public policy. *American Journal of Psychiatry*, 163 (8), 1319-1321.
- Appelbaum, P.S, Robbins, P.C., i Monahan, J. (2000). Violence and delusions:data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *American Journal Psychiatry*, 157:566- 572.
- Arbach, K., i Andrés-Pueyo, A. (2007). Valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales con el HCR-20. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 174–186.

- Arbach, K., i Pomarol-Clotet, E. (2011). Predicting violence in psychiatric inpatients: A prospective study with the HCR-20 violence risk assessment scheme, (April). <http://doi.org/10.1080/14789949.2010.530290>
- Arbach-Lucioni, K., Desmarais, S., Hurducas, C., Condemarin, C., Dean, K., Doyle, M., Singh, J. P. (2015). La práctica de la evaluación del riesgo de violencia en España. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63(3), 357–366. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3.48225>
- Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WAPR), OMS (Organización Mundial de la Salud) (1997). Declaración de Consenso WAPR / WHO. Rehabilitación Psicosocial. Recuperat de [http://www.wapr.info/World\\_Association\\_for\\_Psychosocial\\_Rehabilitation\\_WAPR/Documents\\_files/WHO\\_WAPR\\_Declaracion\\_de\\_consensoesp.p](http://www.wapr.info/World_Association_for_Psychosocial_Rehabilitation_WAPR/Documents_files/WHO_WAPR_Declaracion_de_consensoesp.p)
- Atkinson, M., Zibin, S., i Chuang, H. (1997) Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *American Journal Psychiatry*, 154: 99–105.
- Baca, E., Leal, C., Cervera, S i Ibañez E. (1997). Satisfacción de necesidades individuales y calidad de vida en los pacientes esquizofrénicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología*, 25, 37–42.
- Balhara, Y.P.S. i Verma, R. (2012). Schizophrenia and suicide. *East Asian Archives of Psychiatry*, 22, 126-133.
- Barak, Y., i Aizenberg, D. (2012). Clinical and psychosocial remission in schizophrenia: correlations with antipsychotic treatment. *BMC Psychiatry*, 12(1), 108. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-12-108>
- Barham, P., i Hayward, R., (1998). In sickness and in health: dilemma's of the person with severe mental illness. *Psychiatry* 61, 163–170.
- Becker, T., i Vazquez-Barquero, J. L. (2001). The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(s410), 8–14. <http://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.1040s2008.x>



- Belfrage, H., i Douglas, K. S. (2002). Treatment Effects on Forensic Psychiatric Patients Measured With the HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1(1), 25–36. <http://doi.org/10.1080/14999013.2002.10471158>
- Berlim, M. T., i Fleck, M. P. A. (2003). “Quality of life”: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Revista Brasileira de Psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*. <http://doi.org/10.1590/S1516-44462003000400013>
- Birchwood, M. ET AL. (1990). The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal Psychiatry*, 157: 853-859.
- Blaauw R., Roesch R., i Kerkhof, A. (2000). Mental Disorders in European Prison Systems. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23 (5-6), 646-663
- Bobes J., García-Portilla M.P., Bascarán M.T., Saiz P.A. i Bousoño M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. [CD-ROM]. 2ª Edición. Barcelona. Ars Medica, 2002.
- Bradshaw, J. (1972). 'The concept of social need'. *New Society*, 30: 640-643.
- Brewin, C.R. i Wing, J.K. (1987). Principles and practice of measuring needs in the longterm mentally ill: the Needs for Care Assessment. *Psychological Medicine*, 1, 17: 971-981.
- Brugha T., Singleton N., Meltzer H., Bebbington P., Farrell M., Jenkins R., Coid J, ... Lewis G. (2005). Psychosis in the community and in prisons: a report from the British National Survey of psychiatric morbidity. *The American Journal of Psychiatry*, 162 (4) 774-780
- Bobes, J., Portilla, M.P.G, Bascarán, M.T., Saiz, P.A., i Bousoño, M. (2004). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Psiquiatría Editores S.L.
- Boer, D. P. et al. (1997). *The SVR-20. Guide for assessment of Sexual Risk Violence*.

- Bulbena A., Fernández P. i Domínguez A. I. (1992). Adaptación castellana de la escala LSP (Life Skills Profile scale, Spanish adaptation). *Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiatría y Ciencias Afines* 20 (2): 51-60.
- Burns, T., i Patrick, D. (2007). Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(6), 403–18. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01108.x>
- Capdevila, M., i Ferrer, M. (2007). *Salut mental i execució penal*. Barcelona: CEJFE. Col·lecció Justícia i societat.
- Cardoso, A. M., Talina, M., Fortes, F., Leal, T., Caldas de Almeida, J. M., i Xavier, M. (2011). P02-173 - Differences in clinical and needs assessment between inmates with high versus low risk of suicide. *European Psychiatry*, 26, 769. [http://doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)72474-9](http://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)72474-9)
- Carpiniello, B., Lai, G. L., Pariante, C. M., Carta, M. G., i Rudas, N. (1997). Symptoms, standards of living and subjective quality of life: a comparative study of schizophrenic and depressed out-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. <http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1997.tb10157.x>
- Carroll, A., Pantelis, C., & Harvey, C. (2004). Insight and hopelessness in forensic patients with schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(3), 169–173. <http://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2004.01315.x>
- Casas, E., Escandell, M. J., Ribas, M., i Ochoa, S. (2010). Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(1), 25–47.
- Castelletti, L., Lasalvia, A., Molinari, E., Thomas, S. D. M., Stratico, E., i Bonetto, C. (2014). A standardised tool for assessing needs in forensic psychiatric population: clinical validation of the Italian CANFOR, staff version. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 1–8. <http://doi.org/10.1017/S2045796014000602>

- Chambers, J. C., Yiend, J., Barrett, B., Burns, T., Doll, H., Fazel, S., ... Fitzpatrick, R. (2009). Outcome measures used in forensic mental health research: a structured review. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 19, 19–27.
- Chow, W.S., i Priebe, S. (2016). How has the extent of institutional mental healthcare changed in Western Europe? Analysis of data since 1990. *British Medical Journal Open*, 6, doi:10.1136/bmjopen-2015-010188
- Cofeey M. (2006). Researching service users views in forensic mental Health: A literature review, *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 17(1) 73-107, <https://doi.org/10.1080/14789940500431544>
- Cohen, M. R., Anthony, W. A., i Farkas, M. D. (1997). Assessing and developing readiness for psychiatric rehabilitation. *Psychiatric Services*, 48(5), 644–646
- Cohen A., i Eastman N. (1997). Needs assessment for mentally disorder offenders and others requiring similar services. Theoretical issues and methodological framework. *British Journal of Psychiatry*, 171, 412-416
- Craig, T. (2006), “What is psychiatric rehabilitation?”, a Roberts, G., Davenport, S., Holloway, F. and Tatton, T. (Eds), *Enabling Recovery: The Principles and Practice of Rehabilitation Psychiatry*, Gaskell, Trowbridge, pp. 3-17.
- Csipke, E., Flach, C., McCrone, P., Rose, D., Tilley, J., Wykes, T., i Craig, T. (2014). Inpatient care 50 years after the process of deinstitutionalisation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(4), 665–71. <http://doi.org/10.1007/s00127-013-0788-6>
- Davoren, M., O’Dwyer, S., Abidin, Z., Naughton, L., Gibbons, O., Doyle, E., ... Kennedy, H. G. (2012). Prospective in-patient cohort study of moves between levels of therapeutic security: the DUNDRUM-1 triage security, DUNDRUM-3 programme completion and DUNDRUM-4 recovery scales and the HCR-20. *BMC Psychiatry*, 12(1), 80. <http://doi.org/10.1186/1471-244X-12-80>
- Davoren, M., Byrne, O., O’Connell, P., O’Neill, H., O’Reilly, K., i Kennedy, H. G. (2015). Factors affecting length of stay in forensic hospital setting: need for therapeutic security and course of admission. *BMC Psychiatry*, 15(1), 301. <http://doi.org/10.1186/s12888-015-0686-4>

- Day, J. C., Bentall, R. P., Roberts, C., Randall, F., Rogers, A., Cattell, D., ... Power, C. (2005). Attitudes Toward Antipsychotic Medication. *Archives of General Psychiatry*, 62(7), 717. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.62.7.717>
- Department of Health and Home Office. (1992). Review of Health and social services for mentally disordered offenders and others requiring similar services: Final Summary Report (Reed Report). Cm 2088. London: HMSO
- De Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Hildebrand, M., Bos, B., i van de Ven, P. (2004). Type of Discharge and Risk of Recidivism Measured by the HCR-20: A Retrospective Study in a Dutch Sample of Treated Forensic Psychiatric Patients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 3(2), 149–165. <http://doi.org/10.1080/14999013.2004.10471204>
- De Vogel, V., i De Ruiter, C. (2006). Structured professional judgment of violence risk in forensic clinical practice: A prospective study into the predictive validity of the Dutch HCR-20. *Psychology, Crime & Law*, 12(3), 321–336. <http://doi.org/10.1080/10683160600569029>
- Dickens, G., Sugarman, P., i Walker, L. (2007). 'HoNOS-secure: a reliable outcome measure for users of secure and forensic mental health services'. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 18(4), 507-514
- Dickens, G., Sugarman, P., Picchioni, M., i Long, C. (2010). HoNOS-Secure: tracking risk and recovery in men in secure care. *The British Journal of Forensic Practice*, 12(4), 36–46. doi:10.5042/bjfp.2010.0613
- Direcció General de Serveis Penitenciaris (2017). Descriptors estadístics de serveis penitenciaris i rehabilitació. Area de planificació del Departament Justícia de la Generalitat de Catalunya. [http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques\\_serveis\\_penitenciaris/](http://www.gencat.cat/justicia/estadistiques_serveis_penitenciaris/)
- Dolan, M., Thomas, S., i Thornicroft, G. (2005). The needs of males detained under the legal category of “psychopathic disorder” in high security: Implications for policy and service development. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*. <http://doi.org/10.1080/14789940500097840>

- Dornan, J., Kennedy, M., Garland, J., Rutledge, E., i Kennedy, H. G. (2015). Functional mental capacity, treatment as usual and time: magnitude of change in secure hospital patients with major mental illness. *BMC Research Notes*, 8(1), 566. <http://doi.org/10.1186/s13104-015-1547-4>
- Douglas, K., Coix, D. i Webster, C. (1999). Violence risk assessment: Science and practice. *Legal & Criminological Psychology*, 4; p. 149-184
- Doyal, L. i Gough, I. (1991). *A Theory of Human Need*, New York: Guilford
- Eastman, N.L.G. (1993). Forensic psychiatric treatment in Britain: A corrent review. *International Journal of Forensic Psychiatry*, 16, 1-26.
- Elbogen, E. B., i Johnson, S. C. (2009). The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 66(2), 152. <http://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2008.537>
- Emmanuel, M. K., i Campbell, M. H. (2009). Comparing staff and client perceptions of needs in a British single-sex medium secure unit. *Psychological Reports*, 104(3), 1033–1034. Retrieved from <http://europepmc.org/abstract/MED/19708425>
- Endicott, Spitzer, Fleiss, et al. (1976). The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry* 33: 766-71.
- Escuder-Romeva, G., Gomollón, L.G. i Vicens, E. (2009). Delitos violentos y trastorno mental en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Catalunya. *Anales de Psiquiatría*, 25(3): 125-132.
- Fakhoury, W., i Priebe, S. (2002). Subjective quality of life: It's association with other constructs. *International Review of Psychiatry*, 14, 219–224. <http://doi.org/10.1080/0954026022014495>
- Fakhoury, W., i Priebe, S. (2007). Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. *Psychiatry*, 6:8, 313-316.

- Farkas M. (2007). The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry*;6(2):68-74.
- Fazel S. i Danesh J,. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359, 545–50.
- Fazel, S., i Grann, M. (2004). Psychiatric morbidity among homicide offenders: a Swedish population study. *American Journal of Psychiatry*, 2004; 161: 2129-31.
- Fazel S. i Seewald K. (2012). Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *British Journal of Psychiatry*, 200 (5) 364-373.
- Fernández Larrinoa, P. et al. (1994). *Estudio de fiabilidad y validez de la escala ILSS* (Escala de Habilidades para una Vida Independiente). Manuales de Psicología VI
- Ferrer, M., Caballé, A., Godó, A. (2004) El educador social en el ámbito de la psiquiatría penitenciaria. *Revista de Intervención Socioeducativa*, 76–91.
- Flynn, S., Nyathi, T., Tham, S.G., Williams, A., Windfuhr, K., Kapur, N., Appleby, L. I Shaw, J. (2017). Suicide by mental health in-patients under observation. *Psychological Medicine*, 47, 2238-2245, doi:10.1017/S0033291717000630
- Fujimaki, K., Morinobu, S., Yamashita, H., Takahashi, T., i Yamawaki, S. (2012). Predictors of quality of life in inpatients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 197(3), 199–205. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.10.023>
- Goldman, C.R. (1988). Toward a definition of Psychoeducation. *Psychiatric Services*, 39 (6), 666-668.
- Graña Gómez, J.L. (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid, Ed. Debate.
- Grinshpoon, A., i Ponizovsky, A. M. (2008). The relationships between need profiles, clinical symptoms, functioning and the well-being of inpatients with severe mental disorders.

*Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(2), 218–225.  
<http://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2007.00836.x>

Grove, T.B., Tso, I.F., Chun, J., Mueller, S.A., Taylor, S.F., Ellingrod, V. L. i Deldin, P. J. (2016). Negative affect predicts social functioning across schizophrenia and bipolar disorder: Findings from an integrated data analysis. *Psychiatry Research*, 243(July), 198–206. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.031>

Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave*. [s.l.]: Ministerio de Ciencia e Innovación

Gunn, J., Maden, A., i Swinton, M. (1991). Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. *British Medical Journal (Clinical research ed.)* 303, 338-341.

Haddock, G., Barrowclough, C., Tarrier, N., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., ... Lewis, S. (2003). Cognitive-behavioural therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance misuse: 18-month outcomes of a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 183(5), 418–426.  
<http://doi.org/10.1192/bjp.183.5.418>

Hansson L., Bjorkman T. i Svensson B. (1995). The assessment of needs in psychiatric patients. Interrater reliability of the Swedish version of the Camberwell Assessment of Needs instrument and results from a cross sectional study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 92: 285-93.

Hansson, L., Viding, H., Mackeprang, T., Sourander, A., Werdelin, G., Bentsoon-Tops, A., Bjamason, O.,..., Middelboe, T. (2001). Comparison on key worker and patient assessment of needs in schizophrenic patients living in the community: A Nordic multicentre study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103:45-51.

Hare, R.D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems

Haro, J.M., Ochoa, S., i Cabrero, L. (2001). Conciencia de enfermedad y utilización de servicios en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29, 103-8.

- Haro J.M., Palacín C., Vilagut G., Martínez M., Bernal M., Luque I. Codony M.,... Grupo ESEMeD Spain. (2006). Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Medicina Clínica* 126: 445–451.
- Hart, S.D. (1997). The role of psychopathy in assessing risk for violence. Conceptual and methodological issues. *Legal & Criminological Psychology*, 3 (part 1); p. 121-137
- Hart, S.D. (2001). Assessing and managing violence risk. En: Douglas, A.K. et al.(ed.). *HCR-20, violence risk management companion guide* (p. 13-26). Vancouver: SFU ed.
- Harty, M. A., Tighe, J., Leese, M., Parrott, J., i Thornicroft, G. (2003). Inverse care for mentally ill prisoners: unmet needs in forensic mental health services. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 14 (3), 600-614.
- Harty, M., Shaw, J., Thomas, S., Dolan, M., Davies, L., Thornicroft, G. i Jones, P. (2004). The security, clinical and social needs of patients in high security psychiatric hospitals in England. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*. <http://doi.org/10.1080/14789940410001703967>
- Harty, M., Jarrett, M., Thornicroft, G., i Shaw, J. (2012). Unmet needs of male prisoners under the care of prison Mental Health Inreach Services. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 23(3), 285–296. <http://doi.org/10.1080/14789949.2012.690101>
- Heering, H.D., i van Haren, N.E.M. (2016). Social functioning in patients with a psychotic disorder and first rank symptoms. *Psychiatry Research*, 237(January), 147–152. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.050>
- Heinrichs, D.W., Hanlon, T.E., i Carpenter, W.T. (1984). The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin* 10, 388–398.
- Hernández Monsalve, M. (2004). La psiquiatria comunitària. En: *Imágenes de la Psiquiatría Española*. Asociación Mundial de Psiquiatría. Barcelona, Editorial Glosa.



- Hilterman E. i Andres Pueyo A., (2005). *HCR-20: Guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos (adaptación española)*. Barcelona, Universitat de Barcelona Publicacions i Edicions.
- Hilterman, E. i Andrés-Pueyo, A. (2005). *SVR-20, Manual de valoración del riesgo de violencia sexual*. Barcelona, Universidad de Barcelona Publicacions i Edicions.
- Hopkins J., Loeb, S., i Fick, D. (2009). Beyond satisfaction, what service users expect of inpatient mental health care: a literature review. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 16:927–937
- Hornsveld, R. H. J., i Nijman, H. L. I. (2005). Evaluation of a cognitive-behavioral program for chronically psychotic forensic inpatients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28(3), 246–254. <http://doi.org/10.1016/j.ijlp.2004.09.004>
- Hunter, R., i Barry, S. (2012). Negative symptoms and psychosocial functioning in schizophrenia: neglected but important targets for treatment. *European Psychiatry. The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 27(6), 432–6. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.02.015>
- Ibishi, N. F., Kola, V., Musliu, N. R., Haxhibeqiri, V. (2013). Cognitive function, clinical characteristics and aggressive behavior of inpatients with schizophrenia in forensic unit-clinic of psychiatry in prishtina. *European Psychiatry*, 28(1). <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=emed15&NEWS=N&AN=71173074>
- Iglesias C., Santamaría, S., Huerta, M. i Pato, E. (2003). *CAN y HoNOS: comparación de instrumentos de evaluación de necesidades y grado funcional*. Póster presentat al: VII Congreso Nacional de Psiquiatria, Palma de Mallorca, España.
- Inskip, H.M., Harris, E.C., i Barraclough, B. (1998). Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholisme and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 172, 35-37.
- InterRAI (2010). *InterRAI Mental Health (MH). Assessment form and user's manual for inpatient psychiatry* (version 9.1). Rockfort, WA: Open Book Systems Inc.

- Ireland, J. L., Priday, L. J., Ireland, C. A., Chu, S., Kilcoyne, J., i Mulligan, C. (2016). Predicting hospital aggression in secure psychiatric care. *British Journal of Psychiatry Open*, 2(1), 96–100. <http://doi.org/10.1192/bjpo.bp.115.002105>
- Jacques, J., Spencer S. i Gilluley P. (2010). Long-term care needs in male medium security. *British Journal of Forensic Practice* 12(2) 37-44
- Jiménez, J. F., Torres, F., Laviana, M., Luna, J. D., Trieman, N., i Rickard, C. (2000). Evaluación del funcionamiento de la vida diaria en personas con trastorno mental de larga evolución. Adaptación y fiabilidad de la versión española del «Basic Everyday Living Skills» (BELS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(5), 284–288.
- Katschnig H. (2000). Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinava* 407: (suppl): 33–37.
- Kay S.R., Fiszbein A. i Opler L.A. (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 13:261-76.
- Kendler K., Gallagher T.J., Abelson J. M. i Kessler R.C. (1996). Lifetime Prevalence, Demographic Risk Factors, and Diagnostic Validity of Nonaffective Psychosis as Assessed in a US Community Sample: The National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 53, 1033-1031
- Kennedy, H. G., O'Neill, C., Flynn, G., i Gill, P. (2010). *Dangerousness Understanding, Recovery and Urgency Manual (The DUNDRUM Quartet)*. Dublin, Ireland: National Forensic Mental Health Service
- Keulen-de Vos M. i Schepers K. (2016). Needs Assessment in Forensic Patients: A Review of Instrument Suites, *International Journal of Forensic Mental Health* 15(3), 283-300
- Knudsen H.C., Vázquez- Barquero J.L., Welcher B., Gaité L., Becker T., Chisholm D., Ruggeri M., ... Thornicroft G. (2000). Translation and cross-cultural adaptation of outcome measurement for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 177 (suppl 39, s8-s14).

- Kopelowicz, A., Liberman, R.P. and Wallace, C.J. (2003), "Psychiatric rehabilitation for schizophrenia", *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, Vol. 3 No. 2, pp. 283-98.
- Kortrijk, H. E., Kamperman, A. M., & Mulder, C. L. (2014). Changes in individual needs for care and quality of life in Assertive Community Treatment patients: an observational study. *BMC Psychiatry*, 14(1), 306. <http://doi.org/10.1186/s12888-014-0306-8>
- Kropp, P.D., Hart, S., i Webster, C.D. (1995). *The Spousal Assault Risk Assessment Guide*. Vancouver: BCAFV.
- Kuokkanen, R. (2014). Metacognitive group training for forensic and dangerous non-forensic patients with schizophrenia: A randomised controlled feasibility trial. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 24, 345–357. <http://doi.org/10.1002/cbm>
- Lacro, J.P., Dunn, L.B., Dolder, C.R., Leckband, S.G., i Jeste, D.V. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *Journal Clinical Psychiatry*, 63:892-909.
- Lamb, H.R. Weinberger, L.E., i Gross, B.H. (1999). Community treatment of severely ill offenders under the jurisdiction of the criminal justice system: a review. *Psychiatric Services*, 50, 907-913.
- Lambert E, i Naber D. (2004). Current issues in schizophrenia: overview of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. *CNS Drugs*, 18, 1–13.
- Lasalvia, A., Ruggeri, M., Mazzi, M.A., i Dall'Agnola, R.B. (2000). The perception of needs for care in staff and patients in community-based mental health services: The South-Verona Outcome Project 3. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102:366-375.
- Lehman, A.F. (1998). A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning* 11, 51–62.
- Lindqvist, P. (2000). Evidence-based rehabilitation in forensic psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 320–323. <http://doi.org/10.1192/bjp.176.4.320>

- Livingston, J. D. (2016). What Does Success Look Like in the Forensic Mental Health System? Perspectives of Service Users and Service Providers. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. <http://doi.org/10.1177/0306624X16639973>
- Long, C. G., Webster, P., Waine, J. O., Motala, J., Hollin, C. R., i Andrews, S. (2008). Usefulness of the CANFOR-S for measuring needs among mentally disordered offenders' resident in medium or low secure hospital services in the UK: a pilot evaluation. *Criminal Behaviour and Mental Health* 18, 39–48. <http://doi.org/10.1002/cbm>
- Long, C., Anagnostakis, K., Fox, E., Silaule, P., Somers, J., West, R., i Webster. A. (2011). Social climate along the pathway of care in women's secure mental health service: variation with level of security, patient motivation, therapeutic alliance and level of disturbance. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 21:202–214.
- Long, C. G., i Dolley, O. (2012). Factors predictive of length of stay for women in medium secure settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 870–874. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01866.x>
- Long, C. G., Dolley, O., i Hollin, C. R. (2015). Treatment progress in medium security hospital settings for women: Changes in symptoms, personality and service need from admission to discharge. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 29, 99–111. <http://doi.org/10.1002/cbm>
- Lucas, R. (1998). Versión española del WHOQOL. Madrid: Ergón.
- Lysaker, P.H., Bell, M., Bryson, G.J. i Kaplan, E. (1998). Insight and interpersonal function in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186 (7), 432-436.
- Lysaker, P.H. i Davis, L.W. (2004). Social function in schizophrenia and schizoaffective disorder: associations with personality, symptoms, and neurocognition. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2: 15.
- Lysaker, P.H., Lancaster, R.S., Nees, M.A., i Davis, L.W. (2004). Attributional style and symptoms as predictors of social function in schizophrenia. *Journal of Rehabilitation*

*Research and Development*, 41: 225–232.

Lysaker, P.H., Roe, D., Yanos, i P.T. (2006). Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*. 33, 192–199.

Malm, U., May, P., i Dencker, S.J. (1981). Evaluation of the Quality of Life of the Schizophrenia Outpatient: A Checklist. *Schizophrenia Bulletin*; 7 (3): 477-487.

Marshall, M. (1994). How should we measured need? Concept and practice in the development of a standardised assessment of need. *Philosophy, psychiatry and psychology*, 1: 27-36

Marshall, M., Hogg, I.I., Gath, D.H., i Lockwood, A. (1995). The Cardinal Needs Schedule- a modified version of the MRC Needs for Care Assessment Schedule. *Psychological Medicine*, 25, 605-617.

Maslow A. (1954). *Motivación y personalidad*. Barcelona, Sagitario.

McCabe, R., Saidi, M., & Priebe, S. (2007). Patient-reported outcomes in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 191(50), s21–s28. <http://doi.org/10.1192/bjp.191.50.s21>

McCann., E. (2010) The sexual and relationship needs of people who experience psychosis: quantitative findings of a UK study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17 , 295-303.

McCrone, P., Leese, M., Thornicroft, G., Griffiths, G., Padfield, S., Schene, A.H., Knudsen, ... White I.R. (2000). Reliability of the Camberwell Assessment of Need - European Version: EPSILON Study 6. *British Journal of Psychiatry*, 177: 34-40.

McEvoy, J.P., Freter, S., Everett, G., Geller, J.L., Appelbaum, P.S., Apperson, L.J., et al. (1989). Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 177:48-51.

- McGrath, J.J., Saha, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, ... Kessler, R. (2015). Psychotic Experiences in the General Population; A Cross-National Analysis Based on 31 261 Respondents From 18 Countries. *JAMA Psychiatry*, 72, (7), 697-707
- McInnes, D., Courtney, H., Flanagan, T., Bressington, D., i Beer, D. (2014). A cross sectional survey examining the association between therapeutic relationships and service user satisfaction in forensic mental health settings. *BMC Research Notes*, 7(1), 657. <http://doi.org/10.1186/1756-0500-7-657>
- McNiel, D. E., Chamberlain, J. R., Weaver, C. M., Hall, S. E., Fordwood, S. R., i Binder, R. L. (2008). Impact of clinical training on violence risk assessment. *American Journal of Psychiatry*, 165(2), 195–200.
- Meltzer, H.Y. (1992). Dimensions of outcome with clozapine. *British Journal of Psychiatry* (Suppl. 17), 46–53.
- Meltzer, H.Y. (1999). Outcome in schizophrenia: beyond symptom reduction. *Journal of Clinical Psychiatry* 60, 3–7.
- Melle, I. i Barret, E.A. (2012). Insight and suicidal behaviour in first-episode schizophrenia. *Expert Review Neurotherapeutics*, 12, 3, 353-359.
- Mercier, C. (1994). Improving the quality of life of people with severe mental disorders. *Social Indicators Research*, 33, 165–192
- Meynen, G. (2017). Walls and laws: estructural barriers to forensic psychiatric research. *European Psychiatry*, 44, 208-209.
- Middelboe, T., Mackeprang, T., Hansson, L., Werdelin, G., Karlsson, H., Bjarnason, O., i Bengtsson-Tops, A. (2001). Nordic Study from patients with schizophrenia who lives in community. *European Psychiatry*, 16, 207–215.
- Moltó, J., Poy, R. i Torrubia, R. (2000). Standardization of the Hare Psychopathy Checklist-Revised in a Spanish prison sample. *Journal of Personality Disorders*, 14, 84-96.

- Montejo, A.L., Majadas, S., Rico-Villademoros, F., Llorca, G., De La Gandara, J., Franco, M., Martín-Carrasco, M. (2010). Spanish Working Group for the Study of Psychotropic-Related Sexual Dysfunction. . Frequency of sexual dysfunction in patients with a psychotic disorder receiving antipsychotics. *The journal of sexual medicine*, 7(10): 3404-3413.
- Montero, I. (1988). Adaptación española del DAS II (Disability Assessment Schedule). *Psiquis* 175, 17-22
- Morey, L. C. (1991). *Personality Assessment Inventory professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources
- Moritz, S. i Woodward, T.S. (2007a). Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion in Psychiatry* 20: 619–625. DOI: 10.1097/YCO.0b013e3282f0b8ed
- Moritz, S. i Woodward, T.S. (2007b). Metacognitive training for schizophrenia patients (MCT): a pilot study on feasibility, treatment adherence, and subjective efficacy. *German Journal of Psychiatry* 10:69–78.
- Morrissey C., Beelev, C., i Milton, J. (2014). Longitudinal HCR-20 scores in a high-secure psychiatric hospital. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 24 (3) 169-180
- Mueser, K., i Tarrier, N. (1998). *The Handbook of social functioning in schizophrenia*. Boston: Allyn & Bacon
- Mullen, P. E. (2000). Forensic mental health. *British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 176, 307–11. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10827876>
- Müller-Isberner, R. i Hodgins, S. (2000). Evidence-based treatment for mentally disordered offenders,;. A S. Hodgins i R. Müller-Isberner (Eds), *Violence, crime and mentally disordered offenders: Concepts and methods for effective treatment and prevention* (p. 9-38). Chichester: John Wiley.

- Murphy, D. (2007). Theory of mind functioning in mentally disordered offenders detained in high security psychiatric care: its relationship to clinical outcome, need and risk. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17(5), 300–311. Retrieved from <http://europepmc.org/abstract/MED/18004730>
- Naughton, M., Nulty, A., Abidin, Z., Davoren, M., O'Dwyer, S., i Kennedy, H.G. (2012). Effects of group meta-cognitive training (MCT) on mental capacity and functioning in patients with psychosis in a secure forensic psychiatric hospital: a prospective-cohort waiting list controlled study. *BMC Research Notes*.;5:302.
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., i Weaver, T. (2008). Social Functioning of Patients With Personality Disorder in Secondary Care. *Psychiatric Services*, 59(9), 1033–1037. <http://doi.org/10.1176/ps.2008.59.9.1033>
- Nijman, H., de Kruyk, C i van Nieuwenhuizen, C. (2004). Behavioural changes during foensic psychiatric (TBS) treatment in the Netherlands. *Internatiuonal Journal of Law and Psychiatry*, 27 79-85.
- Norman, R.M.G., Malla, A.K., Mclean, T., Voruganti, L.P., Cortese, L., McIntosh, E., Cheng, S., i Rickwood, A. (2000). The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the Quality of Life Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102, 303–309.
- Nuevo R., Chatterji S., Verdes E., Naidoo N., Arango C. i Ayuso-Mateos J.L. (2012). The continuum of psychotic symptoms in the general population: A cross-national study. *Schizophrenia Bulletin*, 38 (3) 475–485
- Ochoa, S., Haro, J. M., Autonell, J., Pendàs, A., Teba, F., i Màrquez, M. (2003). Met and unmet needs of schizophrenia patients in a Spanish sample. *Schizophrenia Bulletin*, 29, (2), 201-210.
- O'Driscoll, C., i Leff, J. (1993). The Taps Project.8: design of the research study on the longstay patients. *British Journal Psychiatry*, 162 (supl 19): 18-24.
- O'Dwyer, S., Davoren, M., Abidin, Z., Doyle, E., McDonnell, K., i Kennedy, H. G. (2011). The DUNDRUM Quartet: validation of structured professional judgement instruments



- DUNDRUM-3 assessment of programme completion and DUNDRUM-4 assessment of recovery in forensic mental health services. *BMC Research Notes*, 4(1), 229. <http://doi.org/10.1186/1756-0500-4-229>
- Oliver, J. P. J., Huxley, P. J., Priebe, S., i Kaiser, W. (1997). Measuring the Quality of Life of Severely Mentally Ill People Using the Lancashire Quality of Life Profile. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32, 76–83.
- Olofsson B., i Jacobsson L. (2001). A plea for respect: involuntarily hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *Journal Psychiatry and Mental Health Nursing*, 8:357–366.
- O'Reilly, K., Donohoe, G., Coyle, C., O'Sullivan, D., Rowe, A., Losty, M., ... Kennedy, H. G. (2015). Prospective cohort study of the relationship between neuro-cognition, social cognition and violence in forensic patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *BMC Psychiatry*, 15(1), 155. <http://doi.org/10.1186/s12888-015-0548-0>
- Ortiz-Tallo M., Santamaría P., Cardenal V., i Sánchez MP (2011). *Adaptación española del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- O'Shea, L.E., Picchioni, M.M., Mason, F.L., Sugarman, P.A., i Dickens, G.L. (2014). Differential predictive validity of the Historical, Clinical and Risk Management Scales (HCR-20) for inpatient aggression. *Psychiatry Research*, 220, 669-678
- Palmer, B.A., Pankratz, V.S., i Bostwick, J.M. (2005). The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of General Psychiatry*, 62, 247-253.
- Parc Sanitari Sant Joan de Déu, (2017). Model d'Atenció i Pla Funcional de la unitat d'Aguts i de Subaguts de la Unitat d'Hospitalització Psiquiàtrica Penitenciària de Catalunya. (document intern).
- Perälä J., Suvisaari J., Saarni S.I., Kuoppasalmi K., Isometsä E., Pirkola S., Partonen T., ... Lönnqvist J. (2007). Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population. *Archives of General Psychiatry*, 64:19-28

- Peralta V. i Cuesta M.J. (1994). Validación de la escala de síntomas positivos y negativos (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. *Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiátrica* 4:44-50.
- Perkins, D.O. (2002). Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), 1121–1128.
- Peuskens, J., i Gorwood, P. (2012). How are we assessing functioning in schizophrenia? A need for a consensus approach. *European Psychiatry*, 27(6), 391–395. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2011.02.013>
- Phelan M., Slade M., Thornicroft G., Dunn G. Holloway F. Wykes T, Strathdee G., ... Hayward P. (1995). The Camberwell Assessment of Need (CAN): the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry* 167: 589 -95
- Pierzchniak, P., Farnham, F., de Taranto, N., Bull, D., Harpreet, G., Bester, P., McCallum, P., i Kennedy, H. (1999). Assessing the needs of patients in secure settings: A multi-disciplinary approach, *The Journal of Forensic Psychiatry*, 10(2), 343-354.
- Pompili, M., Mancinelli, I., Ruberto, A., Kotzalidis, G.D., Girardei, P. I Tatarelli, R. (2005). Where schizophrenic patients commit suicide: a review of suicide among inpatients and former inpatients. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 35, 171-190.
- Pompili, M., Amador, X.F., Firardi, P., Harkavy-Friedmena, J., Harrow, M., Kaplan, K., Krausz, D.L., ... Tatarelli, R. (2007). Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Annals of General Psychiatry*, 6, 10., doi: 10.1186/1744-859X-6-10
- Priebe,S., Badesconyi, A., Fioritti, A., Hansson, L., Kilian, R., Torres-Gonzales, F., Turner, T. i Wiersma, D. (2005). Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *British Medical Journal*, 330, 123-126.

- Prochaska, J.O. i DiClemente, C.C., 1986. Toward a comprehensive model of change. In: Miller, W., Heather, N. (Eds.), *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*. Plenum Press, New York, pp. 3–27.
- Puig M., Sabater P. i Rodríguez N. (2012). Necesidades humanas: Evolución del concepto según la perspectiva social. *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, 54.
- Quinn, R., Miles, H., i Kinane, C. (2013). The validity of the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START) in a UK medium secure forensic mental health service. *International Journal of Forensic Mental Health*, 12, 215– 224. doi: 10.1080/14999013.2013.832714
- Rebolledo, S i Lobato, M.J. (2002). Psicoeducación para personas vulnerables a la esquizofrenia. 635-661. En Caballo, V. E. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Madrid: Siglo XXI.
- Rector, N. A. i Beck, A. T. (2002) Cognitive therapy for schizophrenia: from conceptualization to intervention. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 39–48.
- Renvick, S.J., Black, L., Ramm, M., i Novaco, R.W. (1997). Anger treatment with forensic hospital patients. *Legal and Criminological Psychology*, 2, 103-116.
- Reynolds, K., i Miles, H. L. (2009). The effect of training on the quality of HCR-20 violence risk assessments in forensic secure services. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*. <http://doi.org/10.1080/14789940802638366>
- Ribeiro, R. B., Tully, J., i Fotiadou, M. (2015). Clinical characteristics and outcomes on discharge of women admitted to a medium secure unit over a 4-year period. *International Journal of Law and Psychiatry*, 39, 83–89. doi:10.1016/j.ijlp.2015.01.025
- Robinson, D.G., Woerner, M.G., McMeniman, M., Mendelowitz, A. i Bilder, R.M. (2004), “Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder”, *J*, Vol. 161 No. 3, pp. 473-9.
- Romeva, G. E., Rubio, L. G. G., Güerre, S. O., Miravet, M. J. R., Cáceres, A. G., i Thomas, S. D. M. (2010). Clinical validation of the CANFOR scale (Camberwell Assessment of

- Need-Forensic version) for the needs assessment of people with mental health problems in the forensic services. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(3), 129–37.
- Rosales C., Torres F., Luna J., Jiménez J. i Martínez G. (2002). Fiabilidad del instrumento de evaluación de necesidades Camberwell (CAN). *Actas Españolas de Psiquiatría* 30: 99-104.
- Rosen A., Hadzi-Pavlovic D., i Parker G. (1989). The Life Skills Profile: A measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 15: 325-37.
- Rosenberg, K.P., Bleiberg, K.L., Koscis, J., i Gross, C. (2003). A survey of sexual side effects among severely mentally ill patients taking psychotropic medications: impact on compliance. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 29(4), 289–296.
- Ruggeri M., Lasalvia A., Nicolaou S. i Tansella M. (1999). The italian version of the Camberwell Assessment of Need (CAN), an interview for the identification of needs of care. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 8: 135-67.
- Ruiz A., Pousa E., Duñó R., Crosas J., Cuppa S. i García C. (2008). Adaptación al español de la escala de valoración de la no conciencia de trastorno mental (SUMD). *Actas Españolas de Psiquiatría* 36(2):111-9.
- Ryan, W. J. (2014). Review of Forensic uses of clinical assessment instruments. *Journal of Personality Assessment*, 96(4), 480–481.  
<http://doi.org/10.1080/00223891.2014.880060>
- Salize, H. J., i Dressing, H. (2005). *Placement and treatment of mentally ill offenders: legislation and practice in EU Member States*, European Commission – Health and Consumer Protection Directorate-General, Mannheim, Germany.
- Salize, H.J., Dressing, H., i Kief, C. (2007). *Mentally disordered persons in European prison systems – needs, programmes and outcomes (EUPRIS)* European Commission - The SANCO Directorate General, Mannheim, Germany.

- Sampson, S., Edworthy, R., Völm, B., i Bulten, E. (2016). Long-Term Forensic Mental Health Services: An Exploratory Comparison of 18 European Countries. *International Journal of Forensic Mental Health*, 15 (4) 333-351.
- Sánchez-SanSegundo, M., Ferrer-Cascales, R., Herranz-Bellido, J., Pastor-Bravo, M., i Hodgins, S. (2014). Subtypes of Severely Mentally Ill Violent Offenders in a Spanish Forensic Psychiatric Hospital. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(3), 217–226. <http://doi.org/10.1080/14999013.2014.922137>
- Schel, S., Bouman, Y., Vorstenbosch, E., i Bulten, B. (2017). Development of the forensic inpatient quality of life questionnaire: short version (FQL-SV). *Quality of Life Research*, 26(5), 1153–1161. <http://doi.org/10.1007/s11136-016-1461-9>
- Schindler, V. P. (1999). Group effectiveness in improving social interaction skills. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(4), 349–354.
- Schubar, C. (1986). Measurement of social disability in a schizophrenic patient group. Definition, assessment and outcome over 2 years in a cohort of schizophrenic patients of recent onset. *Social Psychiatry*, 21(1):1-9.
- Segal, A., Daffern, M., Thomas, S., i Ferguson, M. (2010). Needs and risks of patients in a state-wide inpatient forensic mental health population. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(4), 223–30. <http://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00665.x>
- Shaw, J., Davies, J., i Morey, H. (2001). An assessment of the security, dependency and treatment needs of all patients in secure services in a UK health region. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 12 (3), 610-637.
- Shaw, J. (2002). Needs assessment for mentally disordered offenders is different. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 13(1), 14–18.
- Shaw, J., Tomenson, B., i Creed, F. (2003). A screening questionnaire for the detection of serious mental illness in the criminal justice system. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 14,138–150.

- Sherbourne D., Wells, K.B. i Judd, LL. (1996). Functioning and well-being of patients with pànic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153, 213-218.
- Shinkfield, G., i Ogloff, J. (2014). A Review and Analysis of Routine Outcome Measures for Forensic Mental Health Services. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(3), 252–271. <http://doi.org/10.1080/14999013.2014.939788>
- Shinkfield, G., i Ogloff, J. (2015). Use and interpretation of routine outcome measures in forensic mental health. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(1), 11–18. <http://doi.org/10.1111/inm.12092>
- Shojania, K. G., Duncan, B. W., McDonald, K. M., Wachter, R. M., i Markowitz, A. J. (2001). *Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices* (Evidence Report/Technology Assessment n. 43). San Francisco, CA: UCSF-Stanford University.
- Singh, J. P., Grann, M., i Fazel, S. (2013). Authorship bias in violence risk assessment? A systematic review and meta-analysis. *PloS One*, 8(9), e72484. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0072484>
- Singh, J. P., Fazel, S., Gueorguieva, R., i Buchanan, A. (2014). Rates of violence in patients classified as high risk by structured risk assessment instruments. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 204, 180–7. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.131938>
- Skeem, J.L., Manchak S. i Peterson, J.K. (2011). Correctional Policy for Offenders with Metnal Illness: Creating a New Paradigm for Recidivism Reduction. *Law and Human Behaviour*, 35, 110-126.
- Slade, M., Phelan, M., Thornicroft, G., i Parkman, S. (1996). The Camberwell Assessment of Need (CAN): Comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31:109-113
- Slade, M., Phelan, M., i Thornicroft, G. (1998). A comparison of needs assessed by staff and by an epidemiologically representative sample of patients with psychosis. *Psychological Medicine*, 28:543-550

- Slade, M., Leese, M., Taylor, R., i Thornicroft, G. (1999). The association between needs and quality of life in an epidemiologically representative sample of people with psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100:149—157.
- Staring, A. B. P., Van der Gaag, M., Van den Berge, M., Duivenvoorden, H. J., i Mulder, C. L. (2009). Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 115(2–3), 363–369. doi.org/10.1016/j.schres.2009.06.015
- Stevens, A. i Raftery, J. (1994). *Health care needs assessment the epidemiologically based needs assessment reviews*. Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Steward, A.L., Greenfield, S., Hays, R.D., Wells, K., Rogers, W.H., i Berry, S. (1989). Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the medical outcomes study, *JAMA*, 262, 907-913.
- Sugarman, A. P. i Walker, L. (2007). *Health of the Nation Outcome Scale for Users of Secure and Forensic Services*. How to use HoNOS-secure [Version 2b], de <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/HoNOS-ecure20v2b20explanation.pdf>.
- Sugarman, P., i Dickens, G. (2010). Key performance indicators and HoNOS. *The British Journal of Healthcare Management*, 16(9), 431–435. doi:10.12968/bjhc.2010.16.9.78369
- Swanson, J.W., Swartz, M.S., Van Dorn, R.A., Elbogen, E.B., Wagner, H.R., Rosenbeck, R.A., i Lieberman, J.A. (2006). A National Study of Violent Behavior in Persons with Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 490.
- Swanson, J.W., Swartz, M.S. i Elbogen, E.B. 2004. Effectiveness of atypical antipsychotic medications in reducing violent behavior among persons with schizophrenia in community-based treatment. *Schizophrenia Bulletin* 30:3–20.
- Talina, M., Cardoso, A. M., Fortes, F., Morais, J., Correa, B., i Xavier, M. (2011). FC21-04 -Unmet needs differences between male and female inmate population receiving psychiatric care. *European Psychiatry*, 26, 1930. [http://doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)73634-3](http://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)73634-3)

- Talina, M., Thomas, S., Cardoso, A., Aguiar, P., Caldas de Almeida, J. M., i Xavier, M. (2013). CANFOR Portuguese version: validation study. *BMC Psychiatry*, 13, 157. <http://doi.org/10.1186/1471-244x-13-157>
- Teixeira, E. H., i Dalgalarrodo, P. (2009). Violent crime and dimensions of delusion: a comparative study of criminal and noncriminal delusional patients. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 37(2), 225–31. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19535560>
- The ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators. (2004). Sample and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 Suppl:8-20
- The Whoqol Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41, 1403–1409.
- The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558.
- Thomas, S., Harty, M. A., Parrott, J., McCrone, P., Slade, M., i Thornicroft, G. (2003). *The Forensic CAN (CANFOR). A Needs Assessment for Forensic Mental Health Service Users*. London, UK: Gaskell.
- Thomas, S. D., Dolan, M., Johnston, S., Middleton, H., Harty, M. A., Carlisle, J. i Jones, P. (2004). Defining the needs of patients with intellectual disabilities in the high security psychiatric hospitals in England. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48(Pt 6), 603–10. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2004.00629.x>
- Thomas, S. D., Dolan, M., i Thornicroft, G. (2004). Re-visiting the need for High Security Psychiatric Hospitals in England. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 15 (2), 197-207.
- Thomas, S., Leese, M., Dolan, M., Harty, M.A., Shaw, J., Middleton, H., i Appleby, L. (2004). The individual needs of patients in high secure psychiatric hospitals in England. *The*



*Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 15(2), 222–243.  
<http://doi.org/10.1080/14789940410001702283>

Thomas, S. D. M., Slade, M., McCrone, P., Harty, M.A., Parrott, J., Thornicroft, G., i Leese, M. (2008). The reliability and validity of the forensic Camberwell Assessment of Need (CANFOR): a needs assessment for forensic mental health service users. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17(2), 111–120.  
<http://doi.org/10.1002/mpr.235>

Thomas, S., McCrone, P., i Fahy, T. (2009). How do psychiatric patients on prison healthcare centres differ from inpatients in secure psychiatric inpatient units? *Psychology, Crime & Law*, 15(8), 729–742.  
<http://doi.org/10.1080/10683160802516265>

Thornicroft G., Brewin C. R. i Wing, J. (1992). *Measuring mental health needs*. London: Gaskell. Royal College of Psychiatrists.

Tiwana, R., Mc Donald, S., i Völlm, B. (2016). Policies on sexual expression in forensic psychiatric settings in different European countries. *International Journal of Mental Health Systems*, 10 (5) 1-11. doi: 10.1186/s13033-016-0037-y

Torres, A., i Olivares, J.M. (2005). Validation of the Spanish version of the Social Functioning Scale. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(4): 216-20.

Torrey F.E. 1998. Violent behavior by individuals with serious mental illness. En: Amador, X.F. i David, A.S. (eds): *“Insight and Psychosis”* Oxford: Oxford University Press, pp 269–285.

Trizna, M., i Adamowski, T. (2016). Assessment of the needs and clinical parameters in patients with mental disorders residing in forensic psychiatry wards with varying degrees of security. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 18(3), 48–57.  
<http://doi.org/10.12740/APP/64794>

TunisS., Croghan, T.W., Heilman, D., Johnstone B.M. i Obenchain, R.I. (1999). Reliability, validity and application of the medical outcomes study 36-item short form health

- survey (SF-36) in schizophrenic patients treated with olanzapine versus haloperidol. *Medical Care*, 37, 7, 678-691
- Turner, T., i Salter, M. (2008). Forensic psychiatry and general psychiatry: Re- examining the relationship. *Psychiatric Bulletin*, 32,2–6
- Uriarte, J.J., Beramendi, V., Medrano, J., Wing, J.K., Beevor, A.S. i Curtis, R. (1999). Presentación de la traducción al castellano de la escala HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales). *Psiquiatría Pública*, 11 (4), 93-101.
- van den Brink, R., Troquette, N., Kwee, G., Schram, A., van Os, T., i Wiersma, D. (2007). Routine risk assessment and care evaluation in outpatient forensic psychiatry; feasibility, pre- dictive validity, and outline of a RCT. *BMC Psychiatry*, 7(1), S153. doi:10.1186/1471-244X-7-S1-S153
- van den Brink, R.H.S., Hooijschuur, A., van Os, T.W.D.P., Savenije, W., i Wiersma, D. (2010). Routine violence assessment in community forensic mental healthcare. *Behavioral Sciences and the Law*, 28,396–410. doi: 10.1002/bsl.904
- Van Nieuwenhuizen, C., Schene, A.H., i Koeter, M.W.J. (2002). Quality of life in forensic psychiatry: An unreclaimed territory. *International Review of Psychiatry*, 14, 198–202
- Vázquez-Barquero, J.L., Vázquez-Bourgón, E., Herrera, S., Saiz, J., Uriarte, M., Morales, F., Gaite, L., ... Ustún., T.B. (2000). Spanish version of the new World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS-II): initial phase of development and pilot study. Cantabria disability work group. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28 (2), 77-87.
- Vicens, E. (2006). Violencia y enfermedad mental. *Revista de la Sanidad Penitenciaria*, 8 (3).
- Vicens E., Tort V., Dueñas R.M., Guerrero R., Lluch J., Planella R. i Sarda P. (2011). The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behaviour and Mental Health* (DOI: 10.1002/cbm.815)

- Viertiö, S., Tuulio-Henriksson, A., Perälä, J., Saarni, S. I., Koskinen, S., Sihvonen, M., ... Suvisaari, J. (2012). Activities of daily living, social functioning and their determinants in persons with psychotic disorder. *European Psychiatry*, 27(6), 409–415. <http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.12.005>
- Völlm, B. i Dolan, M. C. (2009). Self-harm among UK female prisoners: a cross-sectional study. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 20(5), 741–751. <http://doi.org/10.1080/14789940903174030>
- Vorstenbosch, E. C. W., Bulten, E., Bouman, Y. H. A., i Braun, P. C. (2007). *Forensic inpatient quality of life questionnaire*. Nijmegen: Pompestichting
- Vorstenbosch, E. C. W., Bouman, Y. H. A., Braun, P. C., i Bulten, E. B. H. (2014). Psychometric properties of the forensic inpatient quality of life questionnaire: quality of life assessment for long-term forensic psychiatric care. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 2(1), 335–348.
- Walker, H., Connaughton, J., Wilson, I., i Martin, C. R. (2012). Improving outcomes for psychoses through the use of psycho-education; Preliminary findings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(10), 881–890. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2012.01873.x>
- Walker, H., Tulloch, L., Ramm, M., Drysdale, E., Steel, A., Martin, C., MacPherson, G., i Connaughton, J. (2013). A randomised controlled trial to explore insight into psychosis; effects of a psycho-education programme on insight in a forensic population, *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, DOI: 10.1080/14789949.2013.853821
- Wallace, C.J., Kochanowicz, N., i Wallace J. (1985). *Independent Living Skills Survey. Unpublished manuscript*. Mental Health Clinical Research Center for the study of Schizophrenia, West Los Angeles VA Medical Center, Rehabilitation Medicine Service (Brentwood Division), Los Angeles.
- Ward, T., i Stewart, C. (2003). Criminogenic needs and human needs: A theoretical model. *Psychology, Crime and Law*, 9 (2), 125-143

- Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M. i Gandek B. (1993). SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide. Boston MA: The Health Institute, New England Medical Center.
- Way, B. B., Smith, H., i Sawyer, D. (2004). Transfers to civil psychiatric inpatient services from a maximum security forensic hospital. *Behavioral Sciences & The Law*, 22(2), 253–9. <http://doi.org/10.1002/bsl.571>
- Webster, C. D., Douglas, K. S. et al. (1997). *Assessing risk of violence to others. Impulsivity, Theory, assessment, and treatment*. C. D. Webster and M. A. Jackson. New York, NY, Guilford Press, 251-277.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., i Hart, S.D. (1997). HCR-20. *Assessing risk for violence, version 2*. Vancouver, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University
- WHO Global Consultation on Violence and Health. (1996) *Violence: a public health priority*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, (WHO/EHA/SPI.POA.2).
- Wiersma, D., i van Busschbach, J. (2001). Are needs and satisfaction of care associated with quality of life? An epidemiological survey among the severely mentally ill in the Netherlands. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251(5), 239–246. <http://doi.org/10.1007/s004060170033>
- Wiersma, D., van den Brink, R., Wolters, K., McCabe, R., Bullenkamp, J., Hansson, L., ... Priebe, S. (2009). Individual unmet needs for care: Are they sensitive as outcome criterion for the effectiveness of mental health services interventions? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(4), 317–324. <http://doi.org/10.1007/s00127-008-0432-z>
- Wiersma, D., i Becker, T. (2010) Measuring social disabilities in mental health and employment outcomes. A: *Mental Health Outcome Measures*. Thornicroft , G. I Tansella, M., 3rd Edition, London: Royal College of Psychiatrists.
- Willmot, P., i McMurrin, M. (2015). Development of a self-report measure of social functioning for forensic inpatients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 39, 72–76. <http://doi.org/10.1016/J.IJLP.2015.01.023>

Wing, J., Brewin C.R. i Thornicroft G. (1992). *Defining mental health needs. A: Measuring mental health needs*. Thornicroft G. (editor). Dorchester, Gaskell.

Wing, J.K., Curtis R.H., i Beevor A.S. (1996). *HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales*. Brief Report on Research and Development July 1993-December 1995. London: College Research Unit (CRU)

Yager, Ehmann. (2006) Untangling social function and social cognition: a review of concepts and measurement. *Psychiatry*, 69:47–68

Zúñiga, A. (2013). Evaluación de necesidades en pacientes psiquiátricos graves. Un estudio. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41(2):115-21

## **ANNEXES**



**Annex 1. Validacion clínica de la Escala Camberwell Assessment of Needs-Forensic Version, CANFOR para la evaluación de necesidades de personas con trastorno mental en el ámbito penitenciario**





---

 Originales
 

---

G. Escuder Romeva<sup>1</sup>  
 L.G. Gomollón Rubio<sup>1</sup>  
 S. Ochoa Güerre<sup>2</sup>  
 M.J. Ramos Miravet<sup>1</sup>  
 A. González Cáceres<sup>1</sup>  
 Stuart D. M. Thomas<sup>3</sup>

## Validación clínica de la escala Camberwell Assessment of Need-Forensic version, CANFOR para la evaluación de necesidades de personas con trastorno mental en el ámbito penitenciario

<sup>1</sup>Unidad de Hospitalización Psiquiátrica  
 Penitenciaria de Catalunya  
 Sant Joan de Déu- Serveis de Salut Mental

<sup>2</sup>Unidad de Investigación y Desarrollo  
 Sant Joan de Déu- Serveis de Salut Mental  
 Fundació Sant Joan de Déu  
 CIBERSAM

<sup>3</sup>Centre for Forensic Behavioural Science  
 Monash University  
 Victorian Institute of Forensic Mental Health

**Introducción.** Una de cada siete personas en el ámbito penitenciario sufre algún trastorno mental severo y es necesario evaluar las necesidades de esta población. La escala CANFOR se desarrolló en el 2004, para evaluar las necesidades específicas de esta población. Se ha realizado la adaptación y validación en castellano y se han evaluado las propiedades psicométricas de la escala.

**Método.** Tras realizar el proceso de traducción y retrotraducción, se ha administrado la escala CANFOR a una muestra de 90 usuarios con patología psiquiátrica residentes en los servicios de salud mental del medio penitenciario de Catalunya.

**Resultados.** La fiabilidad entre-evaluadores y test-retest para cada ítem de la CANFOR ha presentado un acuerdo de moderado a casi perfecto (de 0,44 a 1). En relación a la validez convergente, existe una correlación negativa entre las puntuaciones del EEAG ( $p < 0,01$ ) y de las subescalas del LSP ( $p < 0,01$ - $p < 0,05$ ) y las necesidades.

**Conclusiones.** La versión castellana de la escala CANFOR mantiene las propiedades psicométricas descritas en la versión original. Se ha comprobado que es una escala válida y fiable, por lo que se considera un instrumento adecuado para evaluar las necesidades de las personas que padecen un trastorno mental y se encuentran en el ámbito penitenciario.

**Palabras Clave:**  
 Salud mental, necesidades, prisión, psiquiatría forense, validación, evaluación.

*Actas Esp Psiquiatr 2010;38(3):129-137*

Este artículo pertenece a la tesis de Gemma Escuder Romeva del Programa de Doctorado de Psiquiatría y Psicología Médica. Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal. Facultad de Medicina Universidad Autónoma de Barcelona.

Correspondencia:  
 Gemma Escuder Romeva (Psicóloga)  
 Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Catalunya  
 Sant Joan de Déu- Serveis de Salut Mental  
 Carretera de Martorell a Capellades, Km 23.  
 08635 Sant Esteve Sesrovires (Barcelona)  
 Correo electrónico: gescuder@pssjd.org

**Clinical validation of the CANFOR scale (Camberwell Assessment of Need-Forensic version) for the needs assessment of people with mental health problems in the forensic services**

**Introduction.** One of seven people admitted in prison has a diagnosis of a severe mental disorder and it is necessary to assess their needs. CANFOR was developed in 2004 to assess the specific needs of the forensic mental health services users. Adaptation and validation of CANFOR into Spanish was done and the psychometric properties were tested.

**Method.** After translation and back translation, we administered the CANFOR to a sample of 90 users of the penitentiary mental health services in Catalonia.

**Results.** Inter-rater and test-retest reliability coefficients for each of the 25 domains were high: moderate to almost perfect (0,44 to 1). Regarding concurrent validity a negative correlation was found between GAF ( $p < 0,01$ ); LSP in all its subscales ( $p < 0,01$ - $p < 0,05$ ) and needs as assessed with CANFOR.

**Conclusions.** the Spanish version of CANFOR retains the psychometric properties described in the original version. It has been proved that the Spanish version is valid and reliable, so it can be considered an optimal instrument for the assessment of needs of people with a severe mental disorder admitted in prison.

**Keywords:**  
 Mental health, needs, prison, forensic psychiatry, validation, assessment

### INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años la atención a las personas que padecen un trastorno mental ha ido tomando relevancia aproximándose a una visión más amplia y con una atención más integral. Este hecho ha obligado a considerar la evalua-

ción de sus necesidades como una información básica para la asistencia y la planificación de servicios.

Con el nacimiento de la psiquiatría comunitaria, especialmente en Reino Unido, surge el interés por valorar si además de las necesidades físicas, como el alojamiento, la alimentación y la seguridad, se cubren también las necesidades de calidad de vida personal, como el autorrespeto, la autonomía, el mantenimiento de intereses, la contribución a la sociedad y el aumento del conocimiento, entre otras<sup>1</sup>. Ante la ausencia de instrumentos de evaluación de necesidades, un grupo de profesionales del Institute of Psychiatry Health Services, de la sección de psiquiatría comunitaria (PRISM) de Londres, crearon la escala Camberwell Assessment of Needs (CAN)<sup>2</sup>, para evaluar estas necesidades. Este instrumento ha sido traducido y validado en diferentes idiomas, como son el español<sup>3</sup>, el sueco<sup>4</sup>, el italiano<sup>5</sup> y el Grupo EPSILON compuesto por diferentes países europeos que lo han traducido al holandés, danés, español e italiano<sup>6,7</sup>, obteniendo unas buenas características psicométricas.

La prevalencia de enfermedad mental en la población penitenciaria es mayor que en muestras de la población general, según estudios realizados durante la década de los 90. En términos generales, se puede concluir que una de cada siete personas en el ámbito penitenciario sufre algún tipo de trastorno mental severo<sup>8,9</sup>.

Son escasos los estudios realizados en España sobre la prevalencia de enfermedad mental en prisiones. Según los datos publicados en 2007 respecto a la población penitenciaria en Catalunya, se confirma que existe mayor prevalencia de trastornos mentales en el ámbito penitenciario que en la población general. El 40,9% de los penados presenta un diagnóstico de TMS (trastorno mental severo), siendo del 44,3% en los sometidos a Medida de Seguridad. Como primer diagnóstico, la Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos son los más prevalentes, ya que se encuentran presentes en el 44,5% de las medidas de seguridad y en el 26% de la población penada atendida por los Servicios de Psiquiatría.

Catalunya tiene transferidas las competencias en materia penitenciaria. La asistencia psiquiátrica en las prisiones se realiza en distintos servicios integrados en red y ubicados en diferentes centros penitenciarios y con niveles de especialización distinta.

Por un lado, las enfermerías psiquiátricas, que se encuentran en el Centro Penitenciario de Hombres de Barcelona (CPHB) y en el Centro Penitenciario de Brians 1 (CPB); la Unidad Polivalente Psiquiátrica del Centro Penitenciario de Quatre Camins (UPQC) y por último la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria (UHPP) que da cobertura a toda Catalunya y se encuentra en el Centro Penitenciario de Brians 1. El seguimiento psiquiátrico penitenciario se enmarca en un convenio de colaboración entre la Conselleria de

Justicia, la Conselleria de Sanitat y Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental.

En relación a la situación judicial debemos considerar que una persona privada de libertad dentro del sistema penitenciario español, puede encontrarse en tres tipos de situaciones judiciales: preventivo, penado y medida de seguridad. La situación de preventivo es aquella en la que la persona se encuentra privada de libertad a la espera de juicio. La situación de penado, en el caso en que existe una sentencia condenatoria. Por último, se encuentran las medidas de seguridad, que son sujetos inimputables o semiimputables relacionados con anomalía o alteración psíquica y que del hecho y de las circunstancias personales del sujeto pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele probabilidad de comisión de nuevos delitos (peligrosidad criminal). Las medidas de seguridad que se pueden imponer con arreglo al Código Penal español (art.96)<sup>10</sup> son privativas y no privativas de libertad.

Inicialmente, en el ámbito penitenciario se empezaron a evaluar las necesidades específicas de los pacientes con trastorno mental grave, del mismo modo que se evaluaban los pacientes de la población general. Se concluyó que existían algunas características diferenciales en estos pacientes que debían tomarse en consideración, como los aspectos ligados a la seguridad, la comorbilidad con trastornos de personalidad, el abuso de sustancias y las conductas delictivas. La evaluación clínica de los casos y la evaluación de sus necesidades de ingreso, proporcionan información en las decisiones del manejo del caso, como el tipo de tratamiento y/o el recurso más adecuado según las necesidades detectadas. Las necesidades no cubiertas detectadas, como las de delito sexual, drogas, alcohol e incendio, pueden frenar el traslado a niveles de menor seguridad<sup>11-13</sup>.

El mismo grupo de trabajo del Institute of Psychiatry Health Services, tomó interés por la evaluación de las necesidades de los pacientes con trastornos mentales graves que estaban ingresados en recursos forenses. Utilizando como base el instrumento de necesidades CAN, elaboraron una versión especial para pacientes penitenciarios; así surgió la escala CANFOR Camberwell Assessment of Needs Forensic version<sup>13-15</sup>. Este instrumento mantiene el mismo formato que la escala CAN, pero se añaden tres nuevas áreas de evaluación. Ambas escalas presentan las siguientes 22 áreas de necesidades: alojamiento, alimentación, cuidado personal, cuidado del hogar, actividades diarias, salud física, síntomas psicóticos, información, angustia, seguridad en sí mismo, seguridad en otros, alcohol, drogas, compañía, relaciones de pareja, sexualidad, cuidado de los hijos, educación básica, teléfono, transporte, dinero, ayudas sociales. La escala CANFOR incluye también las 3 áreas siguientes: de tratamiento, incendio y delitos sexuales. De cada una de estas áreas se valora la presencia o ausencia de necesidad. En el caso de que exista una necesidad, ya sea grave o mo-

derada, se valorará la ayuda informal y formal que recibe la persona y si la ayuda formal recibida es la adecuada. La ayuda formal se refiere a la que recibe de los servicios sanitarios y/o penitenciarios que están atendiendo al paciente, mientras que la ayuda informal, se refiere a la que recibe de la familia o de las amistades. Detectaron que el instrumento era más sensible si se tenía conocimiento del paciente evaluado. La novedad que presentan la CAN y la CANFOR es la doble valoración de cada una de las necesidades, por parte del usuario y del profesional, así que podemos decir que el instrumento son en realidad dos escalas independientes. Por otro lado, la escala CANFOR tiene una versión clínica y una de investigación.

En España no está validado y, por tanto, el objetivo del presente estudio es llevar a cabo la adaptación y validación de este instrumento considerando que la evaluación de necesidades permite intervenciones individuales específicas con la posibilidad de monitorización en cada una de las variantes en cuanto a las necesidades detectadas.

## MÉTODO

### Proceso de traducción y retrotraducción

El proceso de validación se inició con la traducción literal del inglés al castellano, de la versión de investigación de la Escala CANFOR. Consideramos que la versión para investigación era la más adecuada, puesto que todas las preguntas que presenta son de carácter cerrado.

Una vez realizada la traducción se procedió a adaptar algunos de los conceptos a la realidad de nuestro entorno. Tras dar por definitiva la versión castellana, se realizó la retrotraducción de ésta al inglés, por una persona que era nativa y tenía el inglés como lengua materna. La versión retrotraducida al inglés se remitió al autor original de la escala, Stuart Thomas, que realizó algunas consideraciones. Tras realizar las rectificaciones propuestas por el autor original, se aprobó la versión final de la escala y se procedió a su validación.

### Muestra

La población a la que se ha administrado la escala son usuarios con patología psiquiátrica residentes en los servicios de salud mental del medio penitenciario. Se seleccionaron cuatro recursos y dentro de éstos se seleccionaron aleatoriamente un número determinado de pacientes en función del número total de plazas de cada recurso. Finalmente se administró la entrevista a 90 pacientes distribuidos del siguiente modo: 18 pacientes en la Enfermería Psiquiátrica del CPB, 10 pacientes de la Enfermería Psiquiátrica de CPHB, 21 pacientes de la UPOC y 39 pacientes de la UHPP-C.

Se desarrolló un Cuaderno de Recogida de Datos (CRD) donde se incluyó la Hoja de Información al Paciente y el Consentimiento Informado, aprobado por el CEIC de Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental i el CEIC de la Secretaria de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil del Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya, que debía ser firmado por el paciente o tutor en el caso de estar incapacitado.

### Instrumentos de evaluación

El grupo que realizó las entrevistas estaba compuesto por tres psicólogos, un médico de Familia y un trabajador social.

La información aportada por el paciente fue contrastada con su equipo clínico y con la información de la historia clínica y de la ficha procesal (donde consta la información delictiva y las penas o medidas de seguridad del paciente).

A todos los pacientes seleccionados se les administró la versión final en castellano del CANFOR, que contiene 25 ítems en dos valoraciones (usuario y profesional) como se ha descrito previamente.

Para estudiar la validez convergente, se administró la *Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)*<sup>16</sup> en la que la puntuación 100 implica una actividad global satisfactoria y la puntuación 10, incapacidad permanente en las áreas valoradas y la escala *Life Skills Profile (LSP)*<sup>17</sup> que evalúa cinco áreas del paciente: autocuidado, comportamiento social interpersonal, comunicación y contacto social, comportamiento social no personal y vida autónoma. Las puntuaciones altas implican buen funcionamiento y las bajas detectan dificultad o problema en el área que valoran.

Para el estudio de la fiabilidad Test-Retest se realizó una segunda visita a la mitad de la muestra, 45 pacientes, una semana después de la exploración inicial. En ella, el mismo entrevistador de la visita inicial administró de nuevo la escala CANFOR y el EEAG.

La *fiabilidad inter-evaluadores* se estudió sobre 44 pacientes del total y consistía en que dos entrevistadores puntuaran de manera independiente a las preguntas de las distintas áreas en la primera visita.

### Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de los resultados sociodemográficos, clínicos y delictivos mediante frecuencias. Para la comparación de la concordancia entre evaluadores y en el test-retest se utilizó el coeficiente de kappa y el kappa ponderado. Los índices del kappa se consideraron en función de los criterios de Landis y Koch<sup>18</sup>, un coeficiente de kappa

Tabla 1	Datos sociodemográficos	
	n	%
<b>Sexo</b>		
Hombre	87	96,7
Mujer	3	3,3
<b>Grupo étnico</b>		
Europa	71	78,9
Africano-Magrebí	8	8,9
Hispano	3	3,3
Etnia Gitana	4	4,4
Otros	4	4,4
<b>Nacionalidad</b>		
Española	74	83,1
Marroquí	8	9,0
Doble nacionalidad	2	2,2
Otros	5	5,5
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	63	70,0
Casado-Pareja	14	15,6
Separado-Divorciado-Viudo	13	14,4
<b>Titulación máxima obtenida</b>		
Ninguna	2	2,2
Primarios Incompletos	34	37,8
Primarios Completos	21	23,3
Secundarios Incompletos	12	13,3
Secundarios Completos	10	11,1
Universitarios Incompletos	4	4,4
Universitarios Completos	2	2,2
Otros	5	5,6

de 0,4 a 0,6 indica un grado de acuerdo moderado, entre 0,6 y 0,8 indica un notable acuerdo y entre 0,8 y 1 indica un acuerdo casi perfecto.

Para el análisis de la validez convergente se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para comparar el total de necesidades según usuario y profesional con el EEAG y el LSP.

## RESULTADOS

La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas de los participantes en el estudio. Al igual que en la población penitenciaria existe un mayor porcentaje de hombres, solteros, de nacionalidad española y con estudios primarios. En la Tabla 2, se recogen los diagnósticos principales en eje I y en eje II. Del total de la muestra, un 71,6% presenta como diagnóstico principal, Trastorno Psicótico, seguido del

Tabla 2	Datos clínicos y judiciales	
	n	%
<b>Eje I</b>		
Tr. Psicótico	63	71,6
Tr. Estado de Ánimo	7	8,0
Tr. Bipolar	14	15,9
Otros	4	4,5
<b>Eje II</b>		
Tr. Personalidad	19	25,7
Discapacidad Intelectual	7	9,5
Sin Diagnóstico	45	60,8
En estudio	3	4,1
<b>Delito</b>		
Homicidio	32	37,6
Delito Sexual	6	7,1
Violencia Doméstica	3	3,5
Lesiones	5	5,9
Robo	29	34,1
Contra Salud Pública	1	1,2
Quebrantamiento	2	2,4
Incendio	2	2,4
Otros	5	5,9
<b>Antecedentes</b>		
Sí	39	46,4
No	45	53,6
<b>Situación Judicial</b>		
Penado	39	45,3
Medida Seguridad	32	37,2
Preventivo	15	17,4
<b>Causas Pendientes</b>		
Sí	13	15,5
No	70	83,3
Desconocido	1	1,2

Trastorno Bipolar con casi un 16%. En el caso del Eje II, un 25% presenta algún tipo de Trastorno de la Personalidad, aunque en su mayoría, un 60% no presentan diagnóstico en este eje. La presencia de Discapacidad Intelectual en algún grado es de casi un 10%. En un 4% de la muestra no se ha confirmado ningún diagnóstico en el eje II ya que se encontraban en período de estudio diagnóstico. Algunos datos no han podido ser confirmados en toda la muestra, por lo que en referencia a los datos de eje II, la muestra se reduce a 74 sujetos.

En esta misma tabla, se recogen los datos judiciales de los pacientes del estudio, excepto en cinco sujetos sobre los que no se pudo obtener parte de esta información. Casi un 40% de la muestra ha sido juzgada por homicidio. En esta

Escuder Romeva G, et al

Validación clínica de la escala Camberwell Assessment of Need-Forensic version, CANFOR para la evaluación de necesidades de personas con trastorno mental en el ámbito penitenciario

Tabla 3	Descripción resultados cuestionarios	
	n	%
<b>Escala Canfor (n 90)</b>		
Total Necesidades Usuario	4,1	2,5
Total Necesidades Personal	5,1	3,1
Necesidades Cubiertas Usuario	2,3	1,6
Necesidades Cubiertas Personal	3,0	2,0
Necesidades No Cubiertas Usuario	1,8	1,7
Necesidades No Cubiertas Personal	2,1	1,8
<b>Escala LSP (n 82)</b>		
Autocuidado	38,1	2,5
Comportamiento Social Interpersonal	37,9	2,3
Comunicación Contacto Social	20,7	3,3
Comportamiento Social No Personal	23,5	1,2
Vida Autónoma	21,3	4,6
<b>EEAG (n 79)</b>	<b>56,9</b>	<b>11,6</b>

categoría se han incluido tanto los homicidios, como los asesinatos y las tentativas graves. El robo es el segundo delito más prevalente en la muestra con un 34%.

En relación a la situación judicial de los pacientes, un 37% está cumpliendo una medida de seguridad, esto significa que han sido absueltos por eximente completa debido a enfermedad mental. La mitad de la muestra se encuentra en situación de penado, es decir, no se ha considerado la presencia de enfermedad mental para absolverle del delito o se entiende que no presentaba ningún trastorno cuando fue juzgado y un 17% de la muestra está en situación de preventivo, en este caso se ha recogido el delito por el que están acusados aunque aún no hayan sido juzgados. Casi la mitad de la muestra tiene antecedentes penales y en su mayoría no tiene causas pendientes.

Como puede observarse en la Tabla 3 los usuarios detectaron de media 4,1 (DE: 2,5) necesidades, mientras que el personal detectó 5,1 (DE: 3,1) necesidades de media. El total de necesidades que evalúa la CANFOR es de 25, por lo que estos resultados, a la espera de ser analizados con más detenimiento, pueden ser considerados como positivos.

Las necesidades no cubiertas detectadas por el usuario fueron de media 1,8 (DE: 1,7) mientras que el personal consideró 2,1 (DE: 1,8) necesidades no cubiertas de media. Estas necesidades no cubiertas son aquellas susceptibles de intervención.

La muestra presentó un funcionamiento general, valorado por la EEAG, de 56 puntos propio de los sujetos que pre-

sentan un funcionamiento que se caracteriza por síntomas moderados o graves y dificultades o alteración importante en las áreas social, laboral, familiar. Es necesario considerar la heterogeneidad de la población ya que la muestra descrita se distribuye entre las puntuaciones de 30 a 80.

### Fiabilidad

Para la evaluación de la fiabilidad inter-evaluadores se ha realizado el Kappa y el kappa ponderado en la comparación de los dos evaluadores con las respuestas en cada una de las preguntas de necesidad, así como la ayuda recibida.

Todos los pacientes fueron entrevistados en una primera visita por un entrevistador del equipo y 44 de éstos fueron puntuados, además del entrevistador, por otro observador.

La fiabilidad inter-evaluadores fue calculada para cada ítem de la CANFOR, en las respuestas del usuario y del personal.

La Tabla 4 muestra el porcentaje de acuerdo y el coeficiente kappa para la evaluación de presencia de necesidad tanto para las puntuaciones de los pacientes como para las de los profesionales. En los ítems 4 usuario, 12 personal y usuario y 19 personal y usuario, no hay suficiente información, por tanto existe la imposibilidad de calcular la kappa entre los evaluadores. Las puntuaciones de los 45 pacientes es la misma, por ello no se puede realizar el cálculo ya que la distribución de puntuaciones es nula. En el caso de la valoración del personal en el ítem 12, el coeficiente kappa es 0, éste hecho se explica, también, por la distribución de las respuestas. En este caso, todas las respuestas son iguales a excepción de una, éste hecho estadísticamente se traduce con un valor de kappa de 0, sin embargo el grado de acuerdo entre los evaluadores es de 97,7%.

El ítem 12 Alcohol, se puntúa 0 en todos los pacientes, esta puntuación significa que no hay problema en esta área. En los centros penitenciarios no es posible obtener alcohol, por lo que al hacer referencia al consumo de alcohol en el último mes, encontramos que en nuestra muestra, todos los pacientes han permanecido hospitalizados durante este tiempo. Por otro lado, en el caso del ítem 13 que hace referencia a la misma situación pero en el caso de drogas, es posible que algún paciente haya podido obtener en un permiso, por ejemplo, alguna sustancia tóxica y que haya sido detectada en un análisis toxicológico al regresar a la unidad. No así el alcohol que sólo se mide mediante aire espirado y esta medición permite conocer el consumo sólo en las últimas horas.

En el caso del ítem 19 Teléfono, se pregunta al sujeto si es capaz de hacer uso de un teléfono y en todos los casos se respondió que no existía problema en esta área.

Tabla 4 Fiabilidad Inter-evaluación

ITEM	Personal (n=44)		Usuario (n=44)	
	% acuerdo	Coefficiente Kappa	% acuerdo	Coefficiente Kappa
Alojamiento	100,00	1,0000	100,00	1,0000
Alimentación	100,00	1,0000	100,00	1,0000
M. Etorneo	100,00	1,0000	100,00	1,0000
Cuidado Personal	97,73	0,8798	no evaluable *	
AVDs	95,35	0,9289	95,45	0,9272
Salud Físico	97,73	0,9296	97,73	0,9409
Sint. Psicóticos	97,73	0,9494	95,45	0,8952
Información Tto.	97,73	0,9654	97,73	0,9625
Angustia	93,02	0,8080	97,67	0,9436
Autoagresividad	97,73	0,8908	97,73	0,8908
Heteroagresividad	100,00	1,0000	100,00	1,0000
Alcohol	97,73	0,0000	no evaluable *	
Drogas	97,73	0,7915	100,00	1,0000
Contacto Social	100,00	1,0000	100,00	1,0000
Relaciones Pareja	100,00	1,0000	100,00	1,0000
Vida Sexual	100,00	1,0000	100,00	1,0000
Cuidado Hijos	95,45	0,9095	95,45	0,9083
Educación Básica	97,67	0,8900	100,00	1,0000
Teléfono	no evaluable *		no evaluable *	
Transporte	97,73	0,8795	97,73	0,6589
Dinero	97,67	0,9310	97,73	0,8795
Prestac. Sociales	95,45	0,7805	97,73	0,9125
Tratamiento	97,73	0,9412	97,73	0,9375
Delito Sexual	93,18	0,7442	93,18	0,7376
Incendio	84,09	0,4420	84,09	0,4420

\* kappa no evaluable porque no existe suficiente información diferencial para su cálculo

Este efecto estadístico no impide valorar el porcentaje de acuerdo existente entre los evaluadores. Al haber puntuado todos los pacientes y usuarios en la misma dirección, se obtiene un alto grado de acuerdo.

La Tabla 5 muestra el porcentaje de acuerdo y el coeficiente kappa para la evaluación de presencia de necesidad, tanto para las puntuaciones de los pacientes como para las de los profesionales de la fiabilidad test-retest.

Al igual que se observó en el análisis de la fiabilidad entre-evaluadores, en los ítems 12 y 19, tanto en las respuestas del personal como del usuario, no se puede realizar el cálculo estadístico por la nula distribución de las respuestas. El porcentaje de acuerdo es alto para todos los ítems para las evaluaciones con un intervalo de una semana.

Como puede observarse el coeficiente kappa es adecuado para todos los ítems tanto en las respuestas del

usuario como del personal, al igual que el porcentaje de acuerdo. En ningún caso existe una puntuación del kappa por debajo de 0,60.

### Validez

La Tabla 6 relaciona las necesidades totales y no cubiertas del profesional y del usuario, con el funcionamiento general y el funcionamiento psicosocial.

Las puntuaciones de las escalas EEAG correlacionan negativamente con las puntuaciones de la escala CANFOR tanto en la valoración del usuario como en la del profesional ( $p < 0,01-0,05$ ).

Las correlaciones con la escala CANFOR en su valoración del profesional correlaciona negativamente con todas las subescalas de la LSP ( $p < 0,001 - 0,05$ ), por lo que a mayor

Escuder Romeva G, et al

Validación clínica de la escala Camberwell Assessment of Need-Forensic version, CANFOR para la evaluación de necesidades de personas con trastorno mental en el ámbito penitenciario

ITEM	Fiabilidad Test-Retest			
	Personal (n=45)		Usuario (n=45)	
	% acuerdo	Coefficiente Kappa	% acuerdo	Coefficiente Kappa
Alojamiento	100,00	1,0000	91,11	0,8560
Alimentación	93,33	0,8787	97,73	0,9367
M. Eterno	88,89	0,7627	93,18	0,8125
Cuidado Personal	95,56	0,8256	100,00	1,0000
AVDs	95,56	0,9226	91,11	0,8628
Salud Físico	91,11	0,7561	86,67	0,6853
Sint. Psicóticos	86,67	0,7199	86,67	0,7345
Información Tto.	75,56	0,6256	77,78	0,6445
Angustia	84,09	0,6419	81,82	0,6235
Autoagresividad	93,33	0,7000	93,33	0,7000
Heteroagresividad	100,00	1,0000	100,00	1,0000
Alcohol		no evaluable *		no evaluable *
Drogas	100,00	1,0000	100,00	1,0000
Contacto Social	88,89	0,6888	95,56	0,8384
Relaciones Pareja	93,33	0,6987	91,11	0,6538
Vida Sexual	93,33	0,8000	93,33	0,8000
Cuidado Hijos	91,11	0,8476	88,89	0,8108
Educación Básica	91,11	0,6525	91,11	0,6000
Teléfono		no evaluable *		no evaluable *
Transporte	95,56	0,8279	97,78	0,6591
Dinero	95,45	0,8755	95,56	0,7783
Prestac. Sociales	97,78	0,9102	97,78	0,9275
Tratamiento	93,33	0,8166	88,89	0,6715
Delito Sexual	100,00	1,0000	100,00	1,0000
Incendio	97,62	0,8444	97,62	0,8444

\* kappa no evaluable porque no existe suficiente información diferencial para su cálculo

Tabla 6	Validez Convergente: relación necesidades del usuario y del profesional con las subescalas de la LSP y el EEAG					
	EEAG	LSP				
		Autocuidado	Comportamiento Social Interpersonal	Comunicación Contacto Social	Comportamiento Social No Personal	Vida Autónoma
Total necesidades personal						
Coefficiente Correlación Pearson	-0,296	-0,304	-0,229	-0,477	-0,332	-0,552
Significación P	0,006	0,006	0,038	<0,001	0,002	<0,001
Total necesidades usuario						
Coefficiente Correlación Pearson	-0,229	-0,156	-0,201	-0,396	-0,285	-0,396
Significación P	0,034	0,163	0,070	<0,001	0,009	<0,001

puntuación en LSP menos necesidades en la escala CANFOR. En relación entre la escala CANFOR en su valoración del usuario y las subescalas del LSP encontramos que existe correlación negativa con las subescalas: LSP comunicación-

contacto social, LSP comportamiento social no personal y LSP vida autónoma ( $p < 0,001 - 0,01$ ). Estos datos indican que mayores niveles de necesidades correlacionan con peor funcionamiento general y peor funcionamiento social.



## CONCLUSIONES

La versión castellana de la escala CANFOR mantiene las propiedades psicométricas descritas en la versión original. Se ha comprobado que es una escala válida y fiable, por lo que se considera un instrumento adecuado para evaluar las necesidades de las personas que padecen un trastorno mental y se encuentran en el ámbito forense.

Tras realizar el análisis de la escala se propondrá al autor alguna aclaración que consideramos necesaria para evitar confusiones en el momento de puntuar los ítems. En el ítem final que corresponde a incendio, el coeficiente kappa es notablemente inferior al resto. El equipo investigador ha analizado este hecho y considera que este resultado responde a la dificultad a la hora de puntuar el ítem. Este ítem, al igual que el de Delito Sexual, presentan la siguiente apreciación "Valorar sólo cuando esté indicado/con historia previa". Las opciones de respuesta para la Sección 1 son: 0 Sin problema, 1 Problema moderado por la ayuda dada, 2 Problema grave, 8 No aplicable y 9 Desconocido. Al revisar los CRD hemos comprobado que, en ocasiones, existía confusión en la puntuación que debía darse ante determinados sujetos. En el caso de no tener historia previa se debe puntuar 8 (No aplicable), pero se ha puntuado en algunos sujetos 0 (Sin problema). Este hecho explicaría la baja puntuación de la kappa aunque cabe mencionar que el porcentaje de acuerdo sigue siendo alto para todos los ítems. Para solventar este problema se propone informar de manera más detallada, en el manual de administración de la CANFOR, de las opciones de respuesta de estos ítems y de la forma de puntuarlos.

La escala CANFOR, resulta un instrumento con un amplio ámbito de aplicación, ya que puede ser utilizado en las unidades de hospitalización, en las enfermerías, en las consultas de atención psiquiátrica de los módulos y en los propios módulos residenciales por parte de los equipos de tratamiento.

Otro ámbito de aplicación serían las medidas de seguridad que cumplen en la red psiquiátrica comunitaria para evaluar las áreas que suponen un mayor riesgo de control en ámbitos de escasa seguridad, cómo es éste.

La escala CANFOR puede ser utilizada, como variable, para considerar si el paciente se encuentra en el recurso más adecuado o bien debe ser derivado a otro tipo de recursos más acorde a sus necesidades, tanto de atención psiquiátrica como de seguridad.

Nuestra experiencia nos permite considerar que la escala CANFOR es de fácil administración, tras un mínimo entrenamiento y puede ser administrada por diferentes perfiles de evaluadores. El tiempo aproximado de administración es de 20 minutos, lo que permite que sea una herramienta útil en la rutina diaria tanto clínica como judicial.

Otra de las características que hace de la escala CANFOR un instrumento de elección en los diferentes ámbitos descritos, es que aporta la visión del usuario y del personal.

La versión clínica de la escala CANFOR permite la planificación de intervenciones y su posterior evaluación.

Las necesidades de nuestra población son valoradas, actualmente, en relación a aspectos parciales de su estado pero no se consideran el total de necesidades que requieren ser cubiertas en las condiciones en que se encuentran. En este sentido se dispondrá de un instrumento que nos facilite la exploración de necesidades de esta población.

La escala CANFOR debería introducirse como un instrumento rutinario en las unidades psiquiátricas forenses que permitiría recoger la información necesaria para desarrollar intervenciones y valorar posteriormente los cambios. En este sentido, el equipo investigador trabaja en la actualidad en la aplicación de esta escala y el estudio de la sensibilidad al cambio para poder confirmar su utilidad en la evaluación de nuestras intervenciones.

Futuros estudios de las necesidades de las personas que padecen trastorno mental en el ámbito penitenciario/forense, con la escala CANFOR, pueden ayudarnos a orientar la provisión de servicios adecuados para la asistencia de esta población.

## AGRADECIMIENTOS

Este estudio ha sido financiado por el Instituto de Salud Carlos III en la convocatoria de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (PI06/90234).

## BIBLIOGRAFIA

1. Stevens A, Raferty J. Health care needs assessment the epidemiologically based needs assessment reviews. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1994.
2. Phelan M, Slade M, Thornicroft G et al. The Camberwell Assessment of Need (CAN): the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry* 1995;167: 589-95.
3. Rosales C, Torres F, Luna J et al. Fiabilidad del instrumento de evaluación de necesidades Camberwell (CAN). *Actas Esp de Psiquiatr* 2002;30: 99-104.
4. Hansson L, Bjorkman T, Svensson B. The assessment of needs in psychiatric patients. Interrater reliability of the Swedish version of the Camberwell Assessment of Needs instrument and results from a cross sectional study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1995;92: 285-93.
5. Ruggeri M, Lasalvia A, Nicolaou S et al. The Italian version of the Camberwell Assessment of Need (CAN), an interview for the identification of needs of care. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 1999;8: 135-67.

Escuder Romeva G, et al

Validación clínica de la escala Camberwell Assessment of Need-Forensic version, CANFOR para la evaluación de necesidades de personas con trastorno mental en el ámbito penitenciario

6. Knudsen HC, Vázquez-Barquero JL, Welcher B et al. Translation and cross-cultural adaptation of outcome measurement for schizophrenia, *British Journal of Psychiatry* 2000;177 (suppl 39, s8-s14).
7. Mc Crone P, Leese M, Thornicroft G et al. Reliability of the Camberwell Assessment of Need- European version. *British Journal of Psychiatry* 2000;177: s34-40.
8. Fazel S. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: systematic review. *Lancet* 2002;359:545-50.
9. Philip M.J. Brinded, Alexander I.F. Simpson, Tannis M. Laidlaw, Nigel Fairley, Fiona Malcolm. Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2001;35:166-73
10. Código Penal. Editorial Tecnos, 2007.
11. Shaw J, Davies J, Morey H. An assessment of the security, dependency and treatment needs of all patients in secure services in a UK health region *The Journal of Forensic Psychiatry* 2001;12: 610-37
12. Nieuwenhuizen CH, Schene AH, Koeter MWJ. Quality of life in forensic psychiatry: an unreclaimed territory?. *International Review of Psychiatry* 2002;14: 198-202
13. Thomas S, Dolan M, Thornicroft G Re-visiting the need for High Security Psychiatric Hospitals in England. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2004;15: 197-207
14. Thomas S, Harty MA, Parrott J, McCrone P, Slade M, Thornicroft G. CANFOR: Camberwell Assessment of Need-Forensic Version. The Royal College of Psychiatrists 2003. Gaskell. London
15. Thomas S, Slade M, McCrone P, Harty M-A, Parrott J, Thornicroft G et al. The reliability and validity of the forensic Camberwell Assessment of Need (CANFOR): a needs assessment for forensic mental health service users. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2008;17:111-20.
16. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33: 766-771.
17. Bulbena, A., Fernández, P. and Domínguez, A. I. Adaptación castellana de la escala LSP (Life Skills Profile scale, Spanish adaptation). *Actas Luso Española de Neurología, Psiq Ciencias afines* 1992;20: 51-60
18. Landis J, and Koch G. The measurement of observers agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33:159-74.



**Annex 2. Escala Camberwell Assessment of Needs Forensic Version  
CANFOR**





### Escala Camberwell Assessment of Need – Forensic Short Version

Nom: \_\_\_\_\_ 0: Sin Problema 1: Necesidad Cubierta 2: Necesidad No Cubierta  
 Data adm: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Avaluador: \_\_\_\_\_ 8: No aplicable 9: Desconocido

Numero Evaluación	1	2	3	Índice Delito S/N/ Desc
Marque quien es el entrevistador	Usuario	Prof.	Cuidad.	
<b>1. Alojamiento</b> ¿Tiene un sitio donde vivir cuando abandone este recurso?				
<b>2. Alimentación</b> ¿Está capacitado para preparar sus propias comidas y hacer la compra de comida?				
<b>3. Mantenimiento del Entorno</b> ¿Está capacitado para cuidar su habitación o su casa? ¿Alguien le ayuda?				
<b>4. Cuidado Personal</b> ¿Tiene algún problema para mantenerse limpio y arreglado? ¿Alguien se lo recuerda?				
<b>5. Actividades de la Vida Diaria</b> ¿Cómo pasa el día? ¿Tiene un programa estructurado? ¿Tiene suficientes cosas que hacer? (Incluyendo talleres, escuela ...)				
<b>6. Salud Física</b> ¿Cómo se siente físicamente? ¿Está tomando medicación por algún problema físico? ¿Tiene efectos secundarios debidos a la medicación?				
<b>7. Síntomas Psicóticos</b> ¿Alguna vez ha escuchado voces o ha tenido problemas con sus pensamientos?				
<b>8. Información acerca del tratamiento</b> ¿Ha recibido información clara sobre la medicación, tratamiento y sobre sus derechos?				
<b>9. Angustia</b> ¿Se ha sentido, recientemente, muy triste y decaído? ¿Se ha sentido recientemente ansioso o atemorizado?				
<b>10. Autoagresividad</b> ¿Ha tenido alguna vez pensamientos de hacerse daño? ¿Se pone, usted mismo, en peligro de alguna forma?				
<b>11. Heteroagresividad (excluir delito sexual e incendio)</b> ¿Ha amenazado a otras personas o ha sido violento? ¿Ha perdido el control o ha golpeado a alguien?				
<b>12. Alcohol</b> ¿Tiene un problema con el alcohol?				
<b>13. Drogas</b> ¿Tiene un problema con las drogas?				
<b>14. Contacto Social</b> ¿Está contento con su vida social? ¿Le gustaría tener mayor contacto social?				
<b>15. Relaciones de Pareja</b> ¿Tiene pareja? ¿Tiene problemas en su relación de pareja?				
<b>16. Vida Sexual</b> ¿Está experimentando alguna dificultad en el terreno sexual?				
<b>17. Cuidado de los hijos</b> ¿Tiene hijos menores de 18 años? ¿Están a su cuidado? ¿Tiene acceso a ellos?				
<b>18. Educación Básica</b> ¿Tiene usted dificultades en lectura, escritura o en comprender el idioma?				
<b>19. Teléfono</b> ¿Sabe utilizar el teléfono? ¿Le resulta fácil encontrar un teléfono que pueda usar?				
<b>20. Transporte</b> ¿Tiene problemas al utilizar el autobús, el metro o el tren? ¿Tiene billete gratuito o subvencionado?				
<b>21. Dinero</b> ¿Tiene usted problemas para administrarse el dinero? ¿Se maneja para pagar las facturas?				
<b>22. Prestaciones</b> ¿Está seguro que recibe toda la ayuda económica a la que tiene derecho?				
<b>23. Tratamiento</b> ¿Está usted de acuerdo con el tratamiento médico y/o psicológico que tiene prescrito?				
<b>24. Delito Sexual</b> ¿Cree usted que presenta riesgo de cometer un delito sexual?				
<b>25. Incendio</b> ¿Cree usted que presenta riesgo de provocar un incendio?				
<b>A. Necesidades Cubiertas</b> (cuenta el número de 1s en la columna)				Puntuación Total de SI
<b>B. Necesidades No Cubiertas</b> (cuenta el número de 2s en la columna)				
<b>C. Número Total de Necesidades</b> (suma A y B)				



**Annex 3. Escala HCR-20**





## HCR-20

## Hoja de codificación

Nombre del paciente:..... Fecha.....  
 Nombre del administrador:..... Firma.....

Ítems históricos		Código (0, 1, 2)
<i>Codificar: 0= No/Ausente, 1= Parcialmente/Posiblemente presente, 2= Sí/Definitivamente presente</i>		
H1	Violencia previa	
H2	Edad del primer incidente violento	
H3	Relaciones inestables de pareja	
H4	Problemas relacionados con el empleo	
H5	Problemas con el consumo de sustancias adictivas	
H6	Trastorno mental grave <input type="checkbox"/> Codificado a partir de una evaluación clínica completa ya realizada <input type="checkbox"/> Provisional hasta ser confirmado por una evaluación clínica completa	
H7	Psicopatía <input type="checkbox"/> Codificado a partir de una evaluación clínica completa ya realizada <input type="checkbox"/> Provisional hasta ser confirmado por una evaluación clínica completa	
H8	Desajuste infantil	
H9	Trastorno de personalidad <input type="checkbox"/> Codificado a partir de una evaluación clínica completa ya realizada <input type="checkbox"/> Provisional hasta ser confirmado por una evaluación clínica completa	
H10	Incumplimientos de supervisión	
Total ítems históricos		/20
Ítems clínicos		Código (0, 1, 2)
<i>Codificar: 0= No/Ausente, 1= Parcialmente/Posiblemente presente, 2= Sí/Definitivamente presente</i>		
C1	Carencia de introspección <input type="checkbox"/> Codificado a partir de una evaluación clínica completa ya realizada <input type="checkbox"/> Provisional hasta ser confirmado por una evaluación clínica completa	
C2	Actitudes negativas	
C3	Presencia actual de síntomas de trastorno mental grave <input type="checkbox"/> Codificado a partir de una evaluación clínica completa ya realizada <input type="checkbox"/> Provisional hasta ser confirmado por una evaluación clínica completa	
C4	Impulsividad	
C5	No responde al tratamiento	
Total ítems clínicos		/10
Ítems de gestión del riesgo <input type="checkbox"/> In <input type="checkbox"/> Out		Código (0, 1, 2)
<i>Codificar: 0= No/Ausente, 1= Parcialmente/Posiblemente presente, 2= Sí/Definitivamente presente</i>		
R1	Ausencia de planes de futuro viables	
R2	Exposición a factores desestabilizantes	
R3	Carencia de apoyo social	
R4	Incumplimiento a los tratamientos prescritos	
R5	Alto nivel de estrés experimentado	
Total ítems de afrontamiento de situaciones de riesgo		/10
HCR-20 Total		/40
Valoración final de riesgo: <input type="checkbox"/> Baja <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Alta		

© Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona, 2003

© CEL D. Webster, K.S. Douglas, D. Kries, S. Hart y Grupo de Trabajo Avanzado en Violencia (GEAV LDB), 2005



#### **Annex 4. Escala de Evaluación de Actividad Global EEAG**



## Escala de Evaluación de Actividad Global. EEAG

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético <i>continuum</i> de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).	
100 91	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
90	Síntomas ausentes o mínimos (p.ej. ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p.ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
80	Si existen síntomas, son transitorios y concluyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p.ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p.ej. descenso temporal del rendimiento escolar).
70	Algunos síntomas leves (p.ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p.ej. hacer novillos o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60	Síntomas moderados (p.ej., aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p.ej., pocos amigos, conflictos con otros compañeros de trabajo o de escuela).
50	Síntomas graves (p.ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave en la actividad social, laboral o escolar (p.ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
40	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p.ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo, escuela, relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p.ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona a la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
30	La conducta está considerablemente influida por las ideas delirantes o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p.ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funciones en casi todas las áreas (p.ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
20	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p.ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p.ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p.ej., muy inocente o mudo).
10	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p.ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
0	Información inadecuada



**Annex 5. Perfil de habilidades de la vida cotidiana LSP**





### Perfil de habilidades de la vida cotidiana. LSP (LIFE SKILL PROFILE)

1.	¿Tiene alguna dificultad en iniciar y responder a una conversación? (=)			
	Ninguna dificultad 4	Ligera dificultad 3	Moderada dificultad 2	Extrema dificultad 1
2.	¿Suele meterse o irrumpir en las conversaciones de otros? (p.e. ¿le interrumpe cuando está vd. hablando) (*)			
	No interrumpe en absoluto 4	Ligeramente intrusivo 3	Moderadamente intrusivo 2	Extremadamente intrusivo 1
3.	¿Está generalmente aislado de contacto social? (=)			
	No se aísla en absoluto 4	Ligeramente aislado 3	Moderadamente aislado 2	Totalmente, o casi aislado 1
4.	¿Suele mostrarse afectuoso con los demás? (=)			
	Considerablemente cordial 4	Moderadamente cordial 3	Ligeramente cordial 2	Nada cordial, en absoluto 1
5.	¿Suele estar normalmente enfadada / o ser puntillosa / o con otras personas? (*)			
	En absoluto 4	Ligeramente 3	Moderadamente 2	Extremadamente 1
6.	¿Suele ofenderse fácilmente? (*)			
	No se ofende 4	Algo rápido en enfadarse 3	Bastante presto a enfadarse 2	Extremadamente presto a enfadarse 1
7.	¿Suele mirar a las personas cuando habla con ellos? (=)			
	Contacto visual adecuado 4	Ligeramente reducido 3	Moderadamente reducido 2	Extremadamente reducido 1
8.	¿Resulta normalmente difícil entender a esta persona por la forma en que habla? (p.e. confusa, alterada o desordenadamente) (=)			
	Ninguna dificultad 4	Ligeramente difícil 3	Moderadamente difícil 2	Extremadamente difícil 1
9.	¿Suele hablar sobre temas raros o extraños? (*)			
	En absoluto 4	Ligeramente 3	Moderadamente 2	Extremadamente 1
10.	¿Suele estar generalmente bien presentado? (p.e vestido limpio, pelo peinado) (^)			
	Bien presentado 4	Moderadamente bien presentado 3	Pobremente presentado 2	Muy pobremente presentado 1
11.	¿Suele ser su apariencia personal (aspecto facial, gestos) apropiada para el ambiente en que se mueve? (*)			
	Intachable o apropiada 4	Ligeramente inapropiada 3	Moderadamente inapropiada 2	Extremadamente inapropiada 1
12.	¿Suele lavarse esta persona sin tener que recordárselo? (^)			
	Generalmente 4	Ocasionalmente 3	Raramente 2	Nunca 1
13.	¿Suele tener un olor ofensivo? (p.e. en el cuerpo, aliento o ropas) (^)			
	En absoluto 4	Ligeramente 3	Moderadamente 2	Extremadamente 1
14.	¿Suele vestir ropas limpias normalmente o se asegura de que se limpiarán si están sucias? (^)			
	Mantiene limpieza de la ropa 4	Moderada limpieza 3	Pobre limpieza de la ropa 2	Muy escasa limpieza de la ropa 1
15.	¿Suele ser negligente con su salud física? (^^)			
	En absoluto 4	Ligeramente 3	Moderadamente 2	Extremadamente 1
16.	¿Mantiene normalmente una dieta adecuada? (^)			
	Sin problemas 4	Ligeros problemas 3	Moderados problemas 2	Graves problemas 1
17.	¿Suele estar normalmente atento a tomar personalmente su propia medicación prescrita, o hacerse poner las inyecciones prescritas al momento, sin que se le recuerde? (^)			
	Muy confiable 4	Ligeramente no confiable 3	Moderadamente no confiable 2	Nada confiable 1
18.	¿Está dispuesto a tomar medicación psiquiátrica cuando se la prescribe el médico? (^)			
	Siempre 4	Normalmente 3	Raramente 2	Nunca 1
19.	¿Coopera esta persona con los servicios de salud? (p.e médicos y/ otros profesionales de la salud) (^)			
	Siempre 4	Normalmente 3	Raramente 2	Nunca 1
20.	¿Está normalmente inactivo? (p.e gastando mucho de su tiempo sentado o de pie alrededor sin hacer nada) (^^)			
	Apropiadamente activo 4	Ligeramente inactivo 3	Moderadamente inactivo 2	Extremadamente inactivo 1
21.	¿Tiene intereses definidos (hobbies, deportes, actividades) en los cuales participa regularmente? (^^)			
	Participación considerable 4	Moderada participación 3	Alguna participación 2	No participa en absoluto 1

22.	¿Asiste a alguna organización social? (p.e. iglesia, club o grupo de interés, excluyendo los grupos de terapia psiquiátrica)(^^)			
	Frecuentemente 4	Ocasionalmente 3	Raramente 2	Nunca 1
23.	¿Puede esta persona preparar normalmente (si lo necesita) su propia comida? (^^)			
	Bastante capaz de hacerse la comida 4	Ligeras limitaciones 3	Moderadas limitaciones 2	Incapaz de prepararse la comida 1
24.	¿Puede esta persona irse a vivir (si lo necesita) con sus propios medios? (^^)			
	Bastante capaz de hacerlo 4	Ligeras limitaciones 3	Moderadas limitaciones 2	Incapaz totalmente 1
25.	¿Tiene problemas (p.e. fricciones, huidas, ...) viviendo con otros en la familia? (*)			
	Sin problemas 4	Ligeros problemas 3	Moderados problemas 2	Graves problemas 1
26.	¿Qué tipo de trabajo sería capaz de hacer? (incluso aunque esté desempleado, retirado o haciendo trabajos domésticos no remunerados) (^^)			
	Capaz de hacer un trabajo a tiempo total 4	Capaz de hacer un trabajo a tiempo parcial 3	Capaz de hacer solamente trabajos protegidos 2	Incapaz de trabajar 1
27.	¿Se comporta de manera arriesgada? (p.e. ignorado el tráfico cuando cruza la calle) (^)			
	En absoluto 4	Raramente 3	Ocasionalmente 2	A menudo 1
28.	¿Destruye esta persona propiedades? (**)			
	En absoluto 4	Raramente 3	Ocasionalmente 2	A menudo 1
29.	¿Se comporta de forma ofensiva? (incluida la conducta sexual) (*)			
	En absoluto 4	Raramente 3	Ocasionalmente 2	A menudo 1
30.	¿Tiene esta persona hábitos o conductas que la mayoría de la gente encuentra antisociales? (escupir, dejar colillas de cigarrillos encendidos, ser desordenado en el baño, comer de una manera desordenada) (^)			
	En absoluto 4	Raramente 3	Ocasionalmente 2	A menudo 1
31.	¿Suele perder propiedades personales? (**)			
	En absoluto 4	Raramente 3	Ocasionalmente 2	A menudo 1
32.	¿Invade el espacio de otras personas? (habitaciones, posesiones personales) (**)			
	En absoluto 4	Raramente 3	Ocasionalmente 2	A menudo 1
33.	¿Suele coger cosas que no son suyas? (**)			
	En absoluto 4	Raramente 3	Ocasionalmente 2	A menudo 1
34.	¿Es violento con otros? (*)			
	En absoluto 4	Raramente 3	Ocasionalmente 2	A menudo 1
35.	¿Se autolesiona? (**)			
	En absoluto 4	Raramente 3	Ocasionalmente 2	A menudo 1
36.	¿Se mete en problemas con la policía? (*)			
	En absoluto 4	Raramente 3	Ocasionalmente 2	A menudo 1
37.	¿Abusa del alcohol o de otras drogas? (*)			
	En absoluto 4	Raramente 3	Ocasionalmente 2	A menudo 1
38.	¿Se comporta irresponsablemente? (**)			
	En absoluto 4	Raramente 3	Ocasionalmente 2	A menudo 1
39.	¿Hace o mantiene normalmente amistades? (=)			
	Capaz de hacer amistades fácilmente 4	Lo hace con cierta dificultad 3	Lo hace con dificultad considerable 2	Incapaz de hacer o mantener amistades 1

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M / F

Nombre del evaluador: \_\_\_\_\_

Fecha de evaluación: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Unidad: \_\_\_\_\_

El LSP se compone de cinco escalas que reflejan tanto las capacidades como las incapacidades. Las puntuaciones además reflejan la orientación de manera que una puntuación alta en cada escala o para el total del LSP indicaría un nivel de funcionamiento alto o una baja incapacidad.

*Forma de valoración del LSP:* Todos los ítems están contruidos de manera que las valoraciones que señalan un mejor funcionamiento esta en el extremo izquierdo de la línea, así como la valoración de mayor incapacidad está en el extremo derecho, de manera que cada ítem podría puntuarse con "4" (en el extremo izquierdo) "3" o "2" en el medio y "1" (en el extremo derecho). Las puntuaciones de las escalas vienen de la suma de las puntuaciones de los ítems de la siguiente forma:

**Autocuidado**, suma de los ítems: 10, 12,13, 14, 16, 17, 18, 19, 27, 30

**Comportamiento Social Interpersonal**, suma de ítems: 2, 5, 6, 9, 11, 25, 29, 34, 36, 37

**Comunicación – Contacto social**, suma de ítems: 1, 3, 4, 7, 8, 39

**Comportamiento Social No Personal**, suma de ítems 28, 31, 32, 33, 35, 38

**Vida autónoma**, suma de ítems: 15, 20, 21, 22, 23, 24, 26

<b>AUTOCUIDADO (*)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia física</li> <li>• Autonomía en la higiene</li> <li>• Dieta adecuada</li> <li>• Conciencia de necesidad de tratamiento</li> <li>• Cooperación con los profesionales</li> <li>• Exposición al riesgo</li> <li>• Hábitos de conducta</li> </ul>	<b>COMPORTAMIENTO SOCIAL INTERPERSONAL (*)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interrumpe conversaciones</li> <li>• Sensible, rencoroso, se ofende fácilmente</li> <li>• Refiere temáticas extrañas</li> <li>• Abuso de tóxicos</li> <li>• Violencia / problemas con la justicia</li> <li>• Estereotipias y manierismos</li> </ul>
<b>COMUNICACIÓN – CONTACTO SOCIAL (=)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar conversaciones</li> <li>• Aislamiento</li> <li>• Expresión afectiva</li> <li>• Mira a la cara</li> <li>• Comprensión del lenguaje</li> <li>• Hacer y / o mantener amistades</li> </ul>	<b>COMPORTAMIENTO SOCIAL NO PERSONAL (**)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Destruye propiedades</li> <li>• Pierde propiedades</li> <li>• Invade el espacio de los otros</li> <li>• Robos</li> <li>• Autolesiones</li> <li>• Irresponsable</li> </ul>
<b>VIDA AUTÓNOMA (**)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atento o alerta sobre su salud física</li> <li>• Inactivo / Trabajo</li> <li>• Intereses definidos (Hobbies)</li> <li>• Trabajos domésticos (capacidad de vivir sola)</li> </ul>	

<b>PUNTUACIONES</b>	<b>TOTAL:</b> _____
AUTOCUIDADO (*)	_____ (10 – 40)
COMPORTAMIENTO SOCIAL INTERPERSONAL (*)	_____ (10 _ 40)
COMUNICACIÓN – CONTACTO SOCIAL (=)	_____ (6 – 24)
COMPORTAMIENTO SOCIAL NO PERSONAL (**)	_____ (6 – 24)
VIDA AUTÓNOMA (**)	_____ (7 – 28)



**Annex 6. Escala SF-36 sobre el Estado de Salud**



### Escala SF-36 sobre el Estado de Salud (SHORT VERSION)

*Instrucciones:* Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general diría, que su salud es			
Excelente	1		
Muy buena	2		
Buena	3		
Regular	4		
Mala	5		
2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?			
Mucho mejor que hace un año	1		
Algo mejor que hace un año	2		
Más o menos igual que hace un año	3		
Algo peor que hace un año	4		
Mucho peor que hace un año	5		
3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas?, si es así, ¿cuánto?			
	<i>Si, me limita mucho</i>	<i>Si, me limita un poco</i>	<i>No me limita</i>
<i>Actividades</i>			
a. Esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	1	2	3
b. Esfuerzos moderador (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar 1 km o más	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3
4. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?			
	<i>Si, me limita mucho</i>	<i>Si, me limita un poco</i>	<i>No me limita</i>
<i>Actividades</i>			
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado a su trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2	3
b. ¿Hizo menos de los que hubiera querido hacer?	1	2	3
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2	3
d. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (p.ej. le costó más de lo normal)	1	2	3
5. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional?			
	<i>Si, me limita mucho</i>	<i>Si, me limita un poco</i>	<i>No me limita</i>
<i>Actividades</i>			
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado a su trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2	3
b. ¿Hizo menos de los que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2	3
c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2	3



6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta que punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?							
Nada	1						
Un poco	2						
Regular	3						
Bastante	4						
Mucho	5						
7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?							
No, ninguno	1						
Sí, muy poco	2						
Sí, un poco	3						
Sí, moderado	4						
Sí, mucho	5						
Sí, muchísimo	6						
8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta que punto el dolor le ha dificultado le ha dificultado su trabajo habitual? (incluido el estar fuera de casa y tareas domésticas)							
Nada	1						
Un poco	2						
Regular	3						
Bastante	4						
Mucho	5						
9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido o cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que más se parezca a cómo se ha sentido usted. ¿Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo .....							
	<i>Actividades</i>	<i>Siempre</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Sólo alguna vez</i>	<i>Nunca</i>
a. ... se sintió lleno de vitalidad)		1	2	3	4	5	6
b. ... estuvo muy nervioso?		1	2	3	4	5	6
c. ... se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?		1	2	3	4	5	6
d. ... se sintió calmado y tranquilo?		1	2	3	4	5	6
e. ... tuvo mucha energía?		1	2	3	4	5	6
f. ... se sintió desanimado y triste?		1	2	3	4	5	6
g. ... se sintió agotado?		1	2	3	4	5	6
h. ... se sintió feliz?		1	2	3	4	5	6
i. ... se sintió cansado?		1	2	3	4	5	6
10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con que frecuencia su salud física o sus problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos o familiares)?							
Siempre	1						
Casi siempre	2						
Algunas veces	3						
Sólo algunas veces	4						
Nunca	5						
11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases							
	<i>Actividades</i>	<i>Totalmente cierta</i>	<i>Bastante cierta</i>	<i>No lo sé</i>	<i>Bastante falsa</i>	<i>Totalmente falsa</i>	
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas		1	2	3	4	5	
b. Estoy tan sano como cualquiera		1	2	3	4	5	
c. Creo que mi salud va a empeorar		1	2	3	4	5	
d. Mi salud es excelente		1	2	3	4	5	

**Annex 7. Escala PANSS**



**PANSS**

P1	DELIRIOS	1	2	3	4	5	6	7	9
P2	DESORGANIZACIÓN CONCEPTUAL	1	2	3	4	5	6	7	9
P3	COMPORTAMIENTO ALUCINATORIO	1	2	3	4	5	6	7	9
P4	EXCITACIÓN	1	2	3	4	5	6	7	9
P5	GRANDIOSIDAD	1	2	3	4	5	6	7	9
P6	SUSPICACIA / PERJUICIO	1	2	3	4	5	6	7	9
P7	HOSTILIDAD	1	2	3	4	5	6	7	9

N1	EMBOTAMIENTO AFECTIVO	1	2	3	4	5	6	7	9
N2	RETRAIMIENTO EMOCIONAL	1	2	3	4	5	6	7	9
N3	CONTACTO POBRE	1	2	3	4	5	6	7	9
N4	RETRAIMIENTO SOCIAL	1	2	3	4	5	6	7	9
N5	DIFICULTAD EN PENSAMIENTO ABSTRACTO	1	2	3	4	5	6	7	9
N6	AUSENCIA DE ESPONTANEIDAD	1	2	3	4	5	6	7	9
N7	PENSAMIENTO ESTEREOTIPADO	1	2	3	4	5	6	7	9

G1	PREOCUPACIONES SOMATICAS	1	2	3	4	5	6	7	9
G2	ANSIEDAD	1	2	3	4	5	6	7	9
G3	SENTIMIENTOS DE CULPA	1	2	3	4	5	6	7	9
G4	TENSION MOTORA	1	2	3	4	5	6	7	9
G5	MANIERISMOS Y POSTURAS	1	2	3	4	5	6	7	9
G6	DEPRESIÓN	1	2	3	4	5	6	7	9
G7	RETARDO MOTOR	1	2	3	4	5	6	7	9
G8	FALTA DE COLABORACIÓN	1	2	3	4	5	6	7	9
G9	INUSUALES CONTENIDOS DEL PENSAMIENTO	1	2	3	4	5	6	7	9
G10	DESORIENTACION	1	2	3	4	5	6	7	9
G11	ATENCIÓN DEFICIENTE	1	2	3	4	5	6	7	9
G12	AUSENCIA DE JUICIO	1	2	3	4	5	6	7	9
G13	TRASTORNOS DE LA VOLICION	1	2	3	4	5	6	7	9
G14	CONTROL DEFICIENTE DE IMPULSOS	1	2	3	4	5	6	7	9
G15	PREOCUPACIÓN	1	2	3	4	5	6	7	9
G16	EVITACION SOCIAL ACTIVA	1	2	3	4	5	6	7	9



## **Annex 8. Escala de Evaluación del Insight SUMD**



## Escala de Evaluación del Insight. SUMD

1. Conciencia de poseer un trastorno	0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia
2. Conciencia sobre los efectos de la medicación	0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia
3. Conciencia sobre las consecuencias del trastorno mental	0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia
<b>Puntuación total de los 3 ítems: _____</b>	
4a. Conciencia de poseer alucinaciones	4b. Atribución de las alucinaciones a la enfermedad
0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia
5a. Conciencia de poseer delirios	5b. Atribución de los delirios a la enfermedad
0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia
6a. Conciencia de poseer trastornos del pensamiento	6b. Atribución de los trastornos del pensamiento a la enfermedad
0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia
7a. Conciencia de poseer embotamiento afectivo	7b. Atribución del embotamiento afectivo a la enfermedad
0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia
8a. Conciencia de poseer anhedonia	8b. Atribución de la anhedonia a la enfermedad
0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia
9a. Conciencia de poseer asociabilidad	9b. Atribución de la asociabilidad a la enfermedad
0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia	0. Ítem no relevante 1. Conciencia 2. 3. Conciencia intermedia 4. 5. No hay conciencia



