

V. Burgés¹
A. Fernández²
J. Autonell²
F. Melloni³
A. Bulbena⁴

Adaptación y validación española del *Life Skills Profile*, forma abreviada (LSP-20): un instrumento para valorar las habilidades de la vida cotidiana en contextos clínicos reales

¹ Unidad de Investigación y Desarrollo
² Coordinador Unidad de Formación y Docencia
³ Servicio de Rehabilitación Psiquiátrica Intensiva
Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental
Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

⁴ Servicio de Psiquiatría
Universidad Autónoma de Barcelona
Hospital del Mar
Barcelona

Introducción. El *Life Skills Profile* (LSP) es un instrumento para medir la funcionalidad general en las actividades de la vida cotidiana, especialmente construido para personas que han sido diagnosticadas de un trastorno mental severo. Existen diferentes versiones del LSP. El objetivo del presente trabajo es adaptar y validar la versión breve de 20 ítems al español (LSP-20).

Métodos. Se han utilizado dos muestras, la primera compuesta por 231 sujetos seleccionados aleatoriamente con diagnóstico de esquizofrenia que habían recibido tratamiento ambulatorio. En esta muestra se realizaron los siguientes análisis: análisis factorial de ejes principales, análisis de la consistencia interna y evaluación de la validez convergente/discriminante del LSP-20 con la PANSS. La segunda muestra se utilizó para evaluar la fiabilidad interobservadores y está formada por 30 pacientes diagnosticados de esquizofrenia residentes en una unidad de media y larga estancia.

Resultados. Tras el análisis factorial se proponen cuatro factores que explican un 41,22% de la varianza. Los nombres propuestos para estos factores son: cumplimiento terapéutico, iniciativa social, autocuidado y conducta antisocial. Éstos muestran una consistencia interna que oscila entre 0,69 (conducta antisocial) y 0,79 (iniciativa social). Las correlaciones del LSP-20 con la PANSS han resultado ser moderadas y clínicamente significativas. La fiabilidad interobservadores oscila entre los valores 0,58 (tener intereses definidos) y 0,89 (vestir ropas limpias normalmente).

Conclusiones. La versión corta del LSP puede resultar útil en contextos clínicos reales para ayudar a individualizar los objetivos de las intervenciones rehabilitadoras y para evaluar el modelo asistencial.

Palabras clave:
LSP. Propiedades psicométricas. Evaluación rutinaria de resultados. Trastorno mental severo. Funcionamiento adaptativo y psicosis.

Actas Esp Psiquiatr 2006;34(0):00-00

Spanish adaptation and validation of the brief form of the Life Skills Profile-20: an instrument to assess daily living skills in real clinical settings

Introduction. The Life Skills Profile (LSP) is an assessment instrument of general function in activities of daily life, especially developed for people diagnosed of a severe mental illness. There are different versions of the LSP. The aim of this paper is to validate and adapt the brief form of the LSP (LSP-20) to the Spanish population.

Methods. Two different samples have been recruited for this study. The first sample was made up of 231 outpatients with a clinical diagnosis of schizophrenia who were randomly selected. The following analyses were performed: principal axis factoring analysis, internal consistency and convergent and discriminant validity between the LSP-20 and the Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS). The second sample was recruited in order to assess interrater reliability and was composed of 30 long-stay inpatients with a diagnosis of chronic schizophrenia.

Results. Factor analysis produced four factors accounting for 41.22% of the total variance. The following labels were suggested for the factors: compliance, social initiative, self-care and antisocial behavior. Internal consistency ranged from 0.69 (antisocial behavior) to 0.79 (social initiative). Correlations between the LSP-20 and the PANSS were moderate and clinically significant. Interrater reliability ranged from 0.58 (to have defined interests) to 0.89 (to wear clean clothes usually).

Conclusions. The brief form of LSP can be useful in real clinical settings to help to personalize the aims of the rehabilitation interventions and to evaluate the health care model.

Key words:
LSD. Psychometric properties. Routine outcome assessment. Severe mental illness. Adaptive functioning, psychosis.

Correspondencia:
Violant Burgés
Unitat de Recerca y Desenvolupament (URD)
Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental
Antoni Pujadas, 42
Barcelona
Correo electrónico: vbürges@sjd-ssm.com

INTRODUCCIÓN

Dentro del paradigma de la psiquiatría comunitaria, el modelo de la rehabilitación psiquiátrica que proponen An-

thony y Lieberman en 1986¹ está basado en cuatro dimensiones: la patología, es decir, lesiones o disfunciones en el sistema nervioso central con una relación causal con la sintomatología psicótica; la psicopatología, las discapacidades prácticas en la vida diaria y por último las dificultades sociales o minusvalías. Este modelo conceptual hace énfasis en la necesidad de disponer de instrumentos de medida para valorar tanto el funcionamiento social como la discapacidad en las personas que padecen esquizofrenia u otros trastornos mentales graves de larga duración. A partir de las políticas de desinstitucionalización emerge la necesidad de valorar el grado de funcionamiento personal, interpersonal y social para evaluar la efectividad de los programas de rehabilitación.

En la esquizofrenia, como en otros trastornos psiquiátricos graves y de larga duración, emergen dificultades psicosociales relevantes^{2,3}. Éstas provienen de los síntomas agudos, de los síntomas crónicos, de los inconvenientes secundarios, tales como la desmoralización (*demoralized*) y la pérdida de autoestima y de las desventajas extrínsecas como pobre apoyo social.

La evidencia científica muestra que los programas de rehabilitación psicosocial cuando se realizan conjuntamente con una adecuada farmacoterapia son efectivos en la mejora del funcionamiento social y de las habilidades de la vida diaria⁴, pero esta evidencia es limitada en lo referente a la capacidad de los pacientes para generalizar lo aprendido a sus entornos naturales⁵, por lo que se necesitará más investigación en este aspecto.

En 1989 fue presentado por Rosen et al. el Life Skills Profile (LSP-39) 6, diseñado para evaluar la funcionalidad general en las actividades de la vida cotidiana. Los autores proponían agrupar los ítems en las siguientes subescalas *communication* (comunicación), *social contact* (contacto social), *non turbulence* (conducta no agitada), *self-care* (autocuidado) y *responsibility* (responsabilidad). Si bien inicialmente estaba construido para personas con esquizofrenia, después se amplió su aplicabilidad a todas aquellas personas que sufren otras enfermedades mentales crónicas e incluso en algunos trastornos orgánicos. Se dispone de buena información sobre sus características psicométricas, fiabilidad y validez.

En 1992 un grupo de investigadores españoles adaptaron y validaron al castellano esta versión^{7,8}. Fruto de este trabajo proponen unas nuevas subescalas que difieren ligeramente en la agrupación de los ítems respecto de las originales. Éstas son: «comunicación y contacto social», «comportamiento social interpersonal», «comportamiento social no personal», «vida autónoma» y «autocuidado».

A nivel nacional tan sólo disponemos de esta versión a pesar de que los autores originales siguieron haciendo nuevas propuestas y versiones del LSP.

En 1995 un nuevo estudio psicométrico⁹ conduce a los autores a proponer una agrupación alternativa de los ítems.

En esta nueva versión las cinco subescalas son: *withdrawal* (retraimiento), *bizarre* (ideas extrañas), *antisocial* (comportamiento antisocial), *self-care* (autocuidado) y *compliance* (cumplimiento terapéutico). Además para esta versión se propone medir la discapacidad, es decir, que a mayor puntuación obtenida mayor discapacidad, a diferencia de la primera versión que se mide a la inversa.

Para contar con instrumentos cuyo uso sea factible para la evaluación en los contextos de práctica clínica real es necesario diseñar instrumentos administrables minimizando el esfuerzo y el coste¹⁰. En esta línea, los autores de la segunda versión elaboran una forma breve de 16 ítems, el LSP-16, cuya principal diferencia de contenido respecto del LSP-39 es que el primero omite la subescala de *communication*.

En 2001 Rosen et al.¹¹ publican una nueva versión de 20 ítems, siguiendo la perspectiva de medir en el sentido de la discapacidad del LSP-16, con el fin de mantener la compatibilidad entre las versiones breves. La elaboración del LSP-20 tiene como objetivo volver a incluir la antigua escala de *communication*, ahora llamada *bizarre*, y que concierne a la fenomenología positiva de la PANSS. Los autores refieren que se puede valorar desde la perspectiva de la discapacidad o habilidad, según se puntúen los ítems (0-3 o 4-1), respectivamente. La **tabla 1** muestra las diferentes versiones publicadas del Life Skills Profile.

En el marco del nuevo concepto de discapacidad propuesto por la OMS^{12,13}, y asumiendo que este nuevo modelo implica el diseño y validación de instrumentos adaptados a sus constructos y definiciones, el LSP-20 puede ser una medida operativa que contiene amplias dimensiones de discapacidad, factible para ser usado en la práctica clínica real, específica para la rehabilitación psicosocial en la práctica psiquiátrica y compatible con las nuevas conceptualizaciones sobre discapacidad.

El objetivo del presente trabajo es adaptar y validar el LSP-20 a la población española.

SUJETOS Y MÉTODOS

Para realizar la adaptación y validación de la versión española del LSP-20 se han realizado los siguientes análisis:

Análisis 1: validez

- Análisis factorial de ejes principales con rotación varimax.
- Correlaciones de los factores resultantes del análisis con las subescalas del LSP-20 originales.
- Correlación de los factores resultantes del LSP-20 con las subescalas de la PANSS.

Tabla 1	Versiones publicadas del <i>Life Skills Profile</i>				
	Ítem	LSP-39 (1989)	LSP-39 (1992) 1.ª versión española	LSP-39 (1995)	LSP-20 (2001)
1.	¿Tiene alguna dificultad en iniciar y responder en una conversación?	Comunicación	Comunicación-contacto social	Retraimiento	Retraimiento
2.	¿Suele meterse o interrumpir en las conversaciones de otros (p. ej., le interrumpe cuando está usted hablando)?	Comunicación	Comportamiento social interpersonal	Comportamiento antisocial	—
3.	¿Está generalmente aislado del contacto social?	Contacto social	Comunicación-contacto social	Retraimiento	Retraimiento
4.	¿Suele mostrarse afectuoso con los demás?	Contacto social	Comunicación-contacto social	Retraimiento	Retraimiento
5.	¿Suele estar normalmente enfadada/o o ser puntillosa/o con otras personas?	Conducta no agitada	Comportamiento social interpersonal	Comportamiento antisocial	—
6.	¿Suele ofenderse fácilmente?	Conducta no agitada	Comportamiento social interpersonal	Comportamiento antisocial	—
7.	¿Suele mirar a las personas cuando habla con ellas?	Comunicación	Comunicación-contacto social	Retraimiento	—
8.	¿Resulta normalmente difícil entender a esta persona por la forma en la que habla (p. ej., confusa, alterada o desordenadamente)?	Comunicación	Comunicación-contacto social	Ideas extrañas	Ideas extrañas
9.	¿Suele hablar sobre temas raros o extraños?	Comunicación	Comportamiento social interpersonal	Ideas extrañas	Ideas extrañas
10.	¿Suele estar generalmente bien presentado (p. ej., vestido limpio, pelo peinado)?	Autocuidado	Autocuidado	Autocuidado	Autocuidado
11.	¿Suele ser su apariencia personal (aspecto facial, gestos) apropiada para el ambiente en que se mueve?	Comunicación	Comportamiento social interpersonal	Ideas extrañas	Ideas extrañas
12.	¿Suele lavarse este persona sin tener que recordárselo?	Autocuidado	Autocuidado	Autocuidado	—
13.	¿Suele tener un olor ofensivo (p. ej., en el cuerpo, aliento o ropas)?	Autocuidado	Autocuidado	Autocuidado	—
14.	¿Suele vestir ropas limpias normalmente o se asegura de que se limpiarán si están sucias?	Autocuidado	Autocuidado	Autocuidado	Autocuidado
15.	¿Suele ser negligente con su salud física?	Autocuidado	Vida autónoma	Autocuidado	Autocuidado
16.	¿Mantiene normalmente una dieta adecuada?	Autocuidado	Autocuidado	Autocuidado	Autocuidado
17.	¿Suele estar normalmente atento o tomar personalmente su propia medicación prescrita (o hacerse poner las inyecciones prescritas al momento) sin que se le recuerde?	Responsabilidad	Autocuidado	Cumplimiento terapéutico	Cumplimiento terapéutico
18.	¿Está dispuesto a tomar medicación psiquiátrica cuando se la prescribe el médico?	Responsabilidad	Autocuidado	Cumplimiento terapéutico	Cumplimiento terapéutico
19.	¿Coopera esta persona con los servicios de salud (p. ej., médicos y/u otros profesionales de la salud)?	Responsabilidad	Autocuidado	Cumplimiento terapéutico	Cumplimiento terapéutico
20.	¿Está normalmente inactivo (p. ej., gastando mucho de su tiempo sentado o de pie alrededor sin hacer nada)?	Contacto social	Vida autónoma	Retraimiento	—
21.	¿Tiene intereses definidos (p. ej., hobbies, deportes, actividades) en los cuales participa regularmente?	Contacto social	Vida autónoma	Retraimiento	Retraimiento
22.	¿Asiste a alguna organización social (p. ej., iglesia, club o grupo de interés, excluyendo los grupos de terapia psiquiátrica)?	Contacto social	Vida autónoma	Retraimiento	—
23.	¿Puede esta persona preparar normalmente (si lo necesita) su propia comida?	Autocuidado	Vida autónoma	Autocuidado	—

Tabla 1

Versiones publicadas del *Life Skills Profile* (continuación)

Ítem	LSP-39 (1989)	LSP-39 (1992) 1. ^a versión española	LSP-39 (1995)	LSP-20 (2001)
24. ¿Puede esta persona irse a vivir por sí mismo?	Autocuidado	Vida autónoma	Autocuidado	—
25. ¿Tiene problemas (p. ej., fricciones, huidas, etc.) viviendo con otros en familia?	Conducta no agitada	Comportamiento social interpersonal	Comportamiento antisocial	Comportamiento antisocial
26. ¿Qué tipo de trabajo sería capaz de hacer (incluso aunque esté desempleado, retirado o haciendo trabajos domésticos no remunerados)?	Autocuidado	Vida autónoma	Autocuidado	Autocuidado
27. ¿Se comporta de manera arriesgada (p. ej., ignorando el tráfico cuando cruza la calle)?	Conducta no agitada	Autocuidado	Comportamiento antisocial	—
28. ¿Destruye esta persona propiedades?	Conducta no agitada	Comportamiento social no personal	Comportamiento antisocial	—
29. ¿Se comporta de forma ofensiva (incluida la conducta sexual)?	Conducta no agitada	Comportamiento social interpersonal	Comportamiento antisocial	Comportamiento antisocial
30. ¿Tiene esta persona hábitos o conductas que la mayoría de la gente encuentra antisociales (p. ej., escupir, dejar colillas de cigarrillos encendidos a su alrededor, ser desordenado en el baño, comer de una manera desordenada)?	Autocuidado	Autocuidado	Comportamiento antisocial	—
31. ¿Suele perder propiedades personales?	Responsabilidad	Comportamiento social no personal	Autocuidado	—
32. ¿Invade el espacio de otras personas (habitaciones, posesiones personales)?	Conducta no agitada	Comportamiento social no personal	Comportamiento antisocial	—
33. ¿Suele coger cosas que no son suyas?	Responsabilidad	Comportamiento social no personal	Comportamiento antisocial	—
34. ¿Es violento con otros?	Conducta no agitada	Comportamiento social interpersonal	Comportamiento antisocial	Comportamiento antisocial
35. ¿Se autolesiona?	Conducta no agitada	Comportamiento social no personal	Comportamiento antisocial	—
36. ¿Se mete en problemas con la policía?	Conducta no agitada	Comportamiento social interpersonal	Comportamiento antisocial	—
37. ¿Abusa de alcohol o de drogas?	Conducta no agitada	Comportamiento social interpersonal	Comportamiento antisocial	—
38. ¿Se comporta irresponsablemente?	Conducta no agitada	Comportamiento social no personal	Comportamiento antisocial	Comportamiento antisocial
39. ¿Hace o mantiene normalmente amistades?	Contacto social	Comunicación-contacto social	Retraimiento	Retraimiento

La escala PANSS evalúa los síntomas positivos y negativos que dan lugar a los diferentes síndromes de la esquizofrenia. Cuenta con una amplia investigación psicométrica que evidencian su fiabilidad y validez, lo que convierte a la PANSS en un buen instrumento para medir la validez convergente/discriminante con el LSP-20 14-16.

Estos análisis se realizaron en una muestra compuesta por 231 pacientes seleccionados aleatoriamente con diagnóstico de esquizofrenia (según criterios DSM-IV) que habían recibido tratamiento psiquiátrico ambulatorio en alguno de los centros de salud mental coordinados por Sant Joan de Déu-

Serveis de Salut Mental ubicados en diversas poblaciones del área metropolitana de Barcelona. De los 231 pacientes incluidos en el estudio, 204 completaron la evaluación del LSP y de la PANSS. La media de edad de estos pacientes es de 39,84 años (SD: 12,05; rango: 18-67años). El 66,7% de la muestra son hombres (N=136). El 33,3% son mujeres (N=68).

La escala fue administrada por profesionales de Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental.

Estos datos fueron tratados con el paquete estadístico SPSS 11.0¹⁷

Análisis 2: fiabilidad

Análisis de la consistencia interna de las subescalas originales del LSP-20 y de las subescalas derivadas del factorial

Estos análisis se realizaron en la misma muestra que los análisis 1 y utilizando también el paquete estadístico SPSS 10.0.

Análisis de la fiabilidad interobservadores (kappas y kappas ponderadas)

Se realizan ambos análisis (kappas y kappas ponderadas) porque a pesar de que el índice kappa es una de las medidas más habituales para evaluar concordancia, se muestra más adecuado para valorar el grado de acuerdo entre dos respuestas de una escala categórica nominal, ya que trata por igual todas las discordancias. Cuando las respuestas se recogen en una escala con más de dos categorías ordenadas, como es el caso de la escala LSP, el cálculo de este índice debe ser modificado para que pueda incorporar discordancias de diferente gravedad, es decir, para que permita atribuir pesos diferentes a las distintas formas de desacuerdo. En estos casos se debe utilizar el kappa ponderado¹⁸.

Dos psicólogos de manera independiente registraron el LSP-20 a partir de la información dada por el personal cuidador directo de los pacientes (personal de enfermería). Los datos se obtuvieron de una muestra de 30 pacientes diagnosticados de esquizofrenia residentes en la Unidad de Media y Larga estancia de Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental situada en Sant Boi de Llobregat (Barcelona). La media de edad es de 30,8 años (SD: 3,83; rango: 26–40 años). El 83,33% de los sujetos (N=25) eran hombres. El 16,67% mujeres (N=5). El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico STATA 8.0¹⁹.

En todos los análisis el LSP-20 fue puntuado evaluando discapacidad con el objetivo de facilitar la interpretación de la validez convergente-discriminante (correlación con la PANSS).

RESULTADOS

Validez

Análisis factorial: validez de constructo

Antes de presentar los resultados obtenidos comentaremos los indicadores de adecuación muestral. El test de esfericidad de Barlett (TEB) se utiliza como una prueba de ji cuadrado y evalúa la hipótesis nula de que la matriz R muestral proviene de una población en la que las variables no están correlacionadas²⁰. Si no es rechazada la hipótesis, la solución factorial refleja relaciones debidas al azar y realmente inexistentes. El nivel de significación del TEB en nuestra muestra es < 0,001,

en consecuencia se rechaza la hipótesis nula y se considera la existencia de covarianza sistemática entre las variables. El test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) indica hasta qué punto las asociaciones entre las variables pueden ser explicadas por un número menor al de las propias variables; según los autores se requiere una puntuación mínima de 0,50 para poder realizar el análisis^{20,21}. En nuestro estudio este valor es de 0,81. Este elevado valor indica que existe una notable proporción de varianza común y por tanto el análisis factorial (AF) es un procedimiento apropiado para estos datos.

Por último, el tamaño de la muestra también permite realizar el AF ya que se ha sugerido una ratio de sujetos/variables (RSV) no menor a 5²². El presente estudio tiene una RSV = 10,2 (204 suj/20 var).

Se elige el método de extracción de análisis de ejes principales con rotación oblimin (suponemos que los factores están correlacionados) sin forzar *a priori* factores. En este primer análisis se detectan cinco factores con eigenvalues superiores a uno. Tras el análisis del gráfico de sedimentación se decide probar las soluciones de cuatro, cinco y seis factores.

Al analizar los resultados aquel que tiene más sentido clínico es la propuesta de cuatro factores. Se rotan los ejes factoriales primero oblicuamente (oblimin) y posteriormente de manera ortogonal (varimax). A pesar de que los factores presentan una leve correlación, por lo que se aconseja la rotación oblimin, dado que tanto por el método varimax como por el oblimin la distribución de los ítems son iguales, se presenta la solución con la rotación varimax al ser ésta menos dependiente de la muestra y en consecuencia más replicable¹³.

Los cuatro factores explican un 41,22% de la varianza.

La **tabla 2** muestra la saturación de cada ítem en los factores. Si bien los ítems propuestos para cada factor son aquellos que cargan más de 0,300, se presenta el patrón completo. Tras el estudio del significado clínico de los ítems que cargan en cada uno de los factores se decide denominarlos de la siguiente manera: F1: cumplimiento terapéutico; F2: iniciativa social; F3: autocuidado, y F4: conducta antisocial.

Correlaciones de los factores resultantes del análisis factorial con las subescalas del LSP-20 originales

Las correlaciones de los factores resultantes tras el análisis factorial con las subescalas originales del LSP-20 confirman el sentido clínico de los factores. El factor 1 (cumplimiento terapéutico) correlaciona en un 0,90 con la subescala *compliance* original. El factor denominado iniciativa social obtiene una correlación de 0,93 con la subescala *withdrawal*. El factor 3 (autocuidado) estaría compuesto por ítems de las subescalas *bizarre* y *self-care* correlacionando 0,87 y 0,79, respectivamente. El factor antisocial presenta una correlación de 0,95 con la subescala antisocial. El resto de correlaciones entre factores y subescalas oscilan

Tabla 2	Matriz de factores rotados. Entre paréntesis el número del ítem que corresponde en la versión LSP-30	Factor			
		1	2	3	4
	Ítems	Cumplimiento terapéutico	Iniciativa social	Autocuidado	Conducta antisocial
12.	¿Está dispuesto a tomar medicación psiquiátrica cuando se la prescribe el médico? (18)	0,87	0,07	0,06	0,15
13.	¿Coopera esta persona con los servicios de salud (p. ej., médico y/u otros profesionales de la salud? (19)	0,71	- 0,01	0,27	0,15
11.	¿Suele estar normalmente atento o tomar personalmente su propia medicación prescrita (o hacerse poner las inyecciones prescritas al momento) sin que se le recuerde? (17)	0,69	0,11	0,17	0,16
19.	¿Se comporta irresponsablemente (cumplimiento horario permisos, consumo tóxicos, asistencia a las visitas médicas, conducta social negligente con la salud, impuntualidad, fugas, etc.)? (38)	0,42	0,12	0,35	0,35
9.	¿Suele ser negligente con su salud física? (15)	0,31	0,20	0,28	0,13
5.	¿Suele hablar sobre temas raros o extraños? (9)	0,31	0,18	0,21	0,13
3.	¿Suele mostrarse afectuoso con los demás? (4)	0,29	0,28	0,12	0,17
2.	¿Está generalmente aislado de contacto social? (3)	0,15	0,80	0,06	-0,15
20.	¿Hace o mantiene normalmente amistades? (39)	0,10	0,80	0,05	-0,04
16.	¿Qué tipo de trabajo sería capaz de hacer (incluso aunque esté desempleado, retirado o haciendo trabajos domésticos no remunerados)? (26)	-0,07	0,59	0,19	0,17
14.	¿Tiene intereses definidos (p. ej., <i>hobbies</i> , deportes, actividades) en los cuales participa regularmente? (21)	-0,03	0,55	0,06	0,09
1.	¿Tiene alguna dificultad en iniciar y responder una conversación? (1)	0,11	0,49	0,21	0,06
6.	¿Suele estar generalmente bien presentado (p. ej., vestido limpio, pelo peinado)? (10)	0,10	0,11	0,68	0,12
8.	¿Suele vestir ropas limpias normalmente o se asegura de que se limpiarán si están sucias? (14)	0,21	0,09	0,61	0,03
7.	¿Suele ser su apariencia personal (aspecto facial, gestos) apropiada para el ambiente en que se mueve? (11)	0,10	0,11	0,60	0,16
4.	¿Resulta normalmente difícil entender a esta persona por la forma en la que habla (p. ej., confusa, alterada o desordenadamente)? (8)	0,17	0,29	0,42	0,09
10.	¿Mantiene normalmente una dieta adecuada? (16)	0,29	0,11	0,35	0,08
17.	¿Se comporta de forma ofensiva (incluida la conducta sexual)? (29)	0,17	0,09	0,11	0,86
18.	¿Es violento con otros? (34)	0,25	0,08	0,14	0,71
15.	¿Tiene problemas (p. ej., fricciones, huidas, etc.) viviendo con otros en familia? (25)	0,31	-0,06	0,24	0,38
Método de rotación: varimax.					

entre 0,14 (factor antisocial y subescala *withdrawal*) y 0,66 (factor cumplimiento y subescala antisocial). En la [tabla 3](#) se pueden consultar el resto de correlaciones.

Además de las correlaciones se realizó una prueba de comparación de medias para muestras repetidas entre las subescalas del LSP-39 y las del LSP-20 originales. Las subescalas *bizarre* y *compliance* no muestran diferencias porque mantienen los mismos ítems. Tan sólo se hallaron diferencias significativas en la subescala antisocial ($p < 0,001$) y en

la puntuación total ($p < 0,001$), puntuando en ambos casos más discapacidad la versión abreviada.

Correlaciones factores LSP-20 resultantes con PANSS. Validez convergente-discriminante

Para presentar las correlaciones de factores con la escala PANSS sólo tendremos en cuenta aquellas correlaciones estadísticamente significativas. El grado de significación se ha

Subescalas originales LSP-20	Factores			
	1 Cumplimiento terapéutico	2 Iniciativa social	3 Autocuidado	4 Conducta antisocial
Retraimiento	0,27	0,97	0,36	0,14
Ideas extrañas	0,47	0,36	0,87	0,34
Autocuidado	0,57	0,57	0,79	0,37
Comportamiento antisocial	0,66	0,21	0,47	0,95
Cumplimiento terapéutico	0,90	0,18	0,45	0,45

establecido en un p valor <0,001. No se muestran las correlaciones inferiores a este valor.

El factor 1 (cumplimiento terapéutico) correlaciona con cuatro ítems de la PANSS positiva (delirios, 0,27; desorganización conceptual, 0,26; suspicacia/perjuicio, 0,26, y hostilidad, 0,38), un ítem de la PANSS negativa (pensamiento estereotipado, 0,24) y con cinco de la general (falta de colaboración, 0,35; atención deficiente, 0,32; ausencia de juicio, 0,36; trastorno de la volición, 0,31, y control deficiente de impulsos, 0,41).

El factor 2 (iniciativa social) correlaciona con dos ítems de la PANSS positiva (delirios, 0,27; desorganización conceptual, 0,35) con todos los ítems de la PANSS negativa (embotamiento afectivo, 0,48; retraimiento emocional, 0,47; contacto pobre, 0,44; retraimiento social, 0,51; dificultad en pensamiento abstracto, 0,33; ausencia espontánea de conversación, 0,42, y pensamiento estereotipado, 0,34) y con cuatro ítems de la general (retraso motor, 0,28; atención deficiente, 0,34; trastorno de la volición, 0,36, y evitación social activa, 0,47).

Por su parte, el factor 3 (autocuidado) se correlaciona significativamente con un ítem de la PANSS positiva (desorganización conceptual, 0,25), tres ítems de la PANSS negativa (contacto pobre, 0,29; dificultades en pensamiento abstracto, 0,25, y ausencia espontánea de conversación, 0,36) y con otros tres ítems de la general (manierismos y posturas, 0,25; inusuales contenidos de pensamiento, 0,26, y trastorno de la volición, 0,32).

Por último, el factor 4 (conducta antisocial) sólo correlaciona con dos ítems de la escala positiva (excitación, 0,35, y hostilidad, 0,36) y con tres ítems de la PANSS general (falta de colaboración, 0,28; trastorno de la volición, 0,24, y control deficiente de impulsos, 0,44).

Fiabilidad

Análisis de la consistencia interna de las subescalas originales del LSP-20 y de las subescalas derivadas del análisis factorial

En la **tabla 4** observamos la consistencia interna de las subescalas originales del LSP-20 y de los factores. La consistencia interna oscila entre 0,54 para la subescala que presenta una alfa más baja, *bizarre*, y la subescala *compliance*, con un alfa de 0,82.

Las alfas que se derivan de los factores son algo más altas, oscilando entre 0,69 para el factor 4 y 0,79 para el factor 1.

Análisis de la fiabilidad interobservadores

La **tabla 5** muestra la fiabilidad interobservadores. Tan sólo 3 ítems muestran una kappa ponderada inferior o igual a 0,60 y superior en todos los tres casos a 0,57, considerada como moderada. Quince de los 20 ítems muestran unas kappas ponderadas entre 0,61-0,80, consideradas por la literatura como buenas, mientras que dos de ellos muestran unas kappas superiores a 0,81, muy buenas.

DISCUSIÓN

Los datos derivados de este estudio sugieren para la versión española del LSP-20 una solución de cuatro factores estadísticamente adecuada y que permite una agrupación de ítems en las subescalas con buena significación clínica. Examinando los ítems que componen cada uno de los factores se observa cómo el factor 1 agrupa los ítems relacionados con el cumplimiento terapéutico, como actitudes hacia la medicación, cooperar con los servicios de salud, el cum-

Consistencia interna subescalas originales y factores derivados del análisis	
Subescalas LSP-20 v. original	Alfas de Cronbach
Retraimiento	0,74
Ideas extrañas	0,54
Autocuidado	0,62
Comportamiento antisocial	0,82
Cumplimiento terapéutico	0,73
Factores	
F1: cumplimiento terapéutico	0,77
F2: iniciativa social	0,79
F3: autocuidado	0,72
F4: conducta antisocial	0,69
Total	0,85

Tabla 5		Fiabilidad interobservadores			
	Ítem	Grado concordancia esperada	Kappa	Grado concordancia ponderada	Kappa ponderada
1.	¿Tiene alguna dificultad en iniciar y responder una conversación?	80,00 % (27,89 %)	0,72	93,33 % (59,41 %)	0,84
2.	¿Está generalmente aislado de contacto social?	63,33 % (28,89 %)	0,48	86,67 % (64,15 %)	0,63
3.	¿Suele mostrarse afectuoso con los demás?	66,67 % (24,67 %)	0,56	88,89 % (60,74 %)	0,72
4.	¿Resulta normalmente difícil entender a esta persona por la forma en la que habla (p. ej., confusa, alterada o desordenadamente)?	73,33 % (46,00 %)	0,51	91,11 % (68,89 %)	0,71
5.	¿Suele hablar sobre temas raros o extraños?	66,67 % (25,67 %)	0,55	85,56 % (57,56 %)	0,66
6.	¿Suele estar generalmente bien presentado (p. ej., vestido limpio, pelo peinado)?	70,00 % (27,11 %)	0,59	90,00 % (63,19 %)	0,73
7.	¿Suele ser su apariencia personal (aspecto facial, gestos) apropiada para el ambiente en que se mueve?	60,00 % (24,67 %)	0,47	85,56 % (60,00 %)	0,64
8.	¿Suele vestir ropas limpias normalmente o se asegura de que limpiarán si están sucias?	86,67 % (26,56 %)	0,82	95,56 % (57,85 %)	0,89
9.	¿Suele ser negligente con su salud física?	66,67 % (33,33 %)	0,50	87,78 % (64,67 %)	0,65
10.	¿Mantiene normalmente una dieta adecuada?	73,33 % (31,22 %)	0,61	90,00 % (58,44 %)	0,76
11.	¿Suele estar normalmente atento o tomar personalmente su propia medicación prescrita (o hacerse poner las inyecciones prescritas al momento) sin que se le recuerde?	66,67 % (25,00 %)	0,56	83,33 % (56,22 %)	0,62
12.	¿Está dispuesto a tomar medicación psiquiátrica cuando se la prescribe el médico?	56,67 % (29,56 %)	0,38	85,56 % (64,52 %)	0,59
13.	¿Coopera esta persona con los servicios de salud (p. ej., médicos y/u otros profesionales de la salud)?	63,33 % (27,56 %)	0,49	87,78 % (65,19 %)	0,65
14.	¿Tiene intereses definidos (p. ej., <i>hobbies</i> , deportes, actividades) en los cuales participa regularmente?	63,33 % (38,22 %)	0,41	86,67 % (68,15 %)	0,58
15.	¿Tiene problemas (p. ej., fricciones, huidas, etc.) viviendo con otros en familia?	66,67 % (29,56 %)	0,53	88,89 % (64,44 %)	0,69
16.	¿Qué tipo de trabajo sería capaz de hacer (incluso aunque esté desempleado, retirado o haciendo trabajos domésticos no remunerados)?	80,00 % (36,00 %)	0,69	93,33 % (72,96 %)	0,75
17.	¿Se comporta de forma ofensiva (incluida la conducta sexual)?	83,33 % (51,89 %)	0,65	91,11 % (70,89 %)	0,69
18.	¿Es violento con otros?	80,00 % (42,22 %)	0,65	92,22 % (70,07 %)	0,74
19.	¿Se comporta irresponsablemente (cumplimiento horario permisos, consumo tóxicos, asistencia a las visitas médicas, conducta social negligente con la salud, impuntualidad, fugas...)?	80,00 % (27,56 %)	0,72	91,11 % (59,19 %)	0,78
20.	¿Hace o mantiene normalmente amistades?	60,00 % (25,22 %)	0,47	84,44 % (61,33 %)	0,60

plimiento de los horarios, etc. La validez de este factor se corrobora al correlacionar con la PANSS en los ítems relacionados con el «control deficiente de impulsos» (0,42), «ausencia de juicio» (0,36) y «falta de colaboración» (0,34).

El factor 2 agrupa los ítems más sociales, como, por ejemplo: estar aislado, hacer o mantener amistades, desarrollar intereses definidos y la facilidad para mantener conversaciones. Además, las correlaciones entre el factor 2 y los ítems de la PANSS confirman la orientación social de este factor, siendo la correlación más alta en el factor 2 con el ítem «retraimiento social» (0,51) de la PANSS.

El factor 3 está formado por ítems relacionados con el autocuidado, aunque también recoge el ítem expresarse de forma confusa o alterada, lo que nos hace pensar que mide la conducta desorganizada, sin duda ligada a la capacidad de cuidarse. Los ítems de la PANSS «ausencia espontánea de conversación» y «trastorno de la volición» son los que correlacionan más con este factor.

Los ítems que componen el factor 4 describen situaciones relacionadas con conductas agresivas; el hecho de que las correlaciones más altas de este factor con la PANSS sean con el ítem «control deficiente de impulsos» (0,44) y con el

de «hostilidad» (0,36) nos indica que la etiqueta de «conducta agresiva» describe bien el contenido.

Por último comentar los únicos dos ítems que han mostrado dificultades. El ítem mostrarse afectuoso con los demás sería el único que no alcanzaría el criterio marcado de 0,30 para ser incluido en un factor, pero claramente podría ser incluido en el factor de iniciativa social, donde su peso es de 0,28. Por su parte, el ítem que recoge información sobre hablar de temas extraños estaría incluido en el factor 1 (cumplimiento terapéutico). A pesar de que este ítem alcanza un peso aceptable en este factor no tendría sentido clínico en ninguno de los factores propuestos.

Así, al analizar la validez concurrente/discriminante entre la PANSS y el LSP las correlaciones halladas muestran que, si bien ambos instrumentos miden áreas diferentes, sintomatología la PANSS y discapacidad el LSP, se encuentra una moderada asociación entre la presencia e intensidad de determinados síntomas con el grado de alteración de algunas conductas. Examinando individualmente las correlaciones entre ítems se observa que tienen un claro sentido clínico.

La consistencia interna de la versión española del LSP-20 ($=0,85$) es muy parecida a la versión breve australiana del 2001 ($=0,90$). Sin embargo, los factores que proponemos tienen mejor consistencia interna, por tanto pueden suponer una buena alternativa de agrupación de ítems. A pesar de que nuestra agrupación tiene un sentido clínico relevante, si se prefiere agrupar los ítems siguiendo las subescalas originales del LSP-20, recordar que las subescalas «antisocial» y «total» dan puntuaciones de mayor discapacidad debido a los ítems seleccionados. Este mismo resultado fue hallado por los autores originales¹¹. Por otro lado, si se decide mantener la agrupación que se deriva de la validación castellana del LSP-39 realizada en 1992 cabe remarcar que la subescala denominada «comunicación social no personal» se reduce a un ítem.

Los estudios psicométricos realizados de las diferentes versiones del LSP muestran sistemáticamente buenas propiedades. Además, la versión anglosajona del LSP-39 ha mostrado valor predictivo para reingresos hospitalarios²³ y en la versión española para tiempo de estancia en el ingreso²⁴ y para predecir incapacidad legal²⁵. Éstas son medidas duras del curso del trastorno, por lo que serían una prueba robusta de su validez.

Trauer et al. han obteniendo resultados que confirman que el LSP-39 es sensible para detectar cambios²⁶. Desconocemos si se han realizado estudios sobre valor predictivo y sensibilidad al cambio en la versión de 20 ítems del LSP.

Los autores sugieren utilizar la versión de 39 ítems para proyectos de investigación y la versión de 20 para la evaluación en contextos de práctica real¹¹. El diseño y validación de instrumentos cuyo uso sistemático sea factible en condi-

ciones asistenciales reales tiene gran relevancia. La aceptación por parte de los clínicos de instrumentos de medida para ser utilizados rutinariamente no sólo tiene que ver con sus cualidades psicométricas adecuadas, sino también con su facilidad de manejo y su significación clínica.

El LSP es un instrumento que no requiere un entrenamiento sofisticado para ser usado fiablemente ya que cada ítem se refiere a una conducta simple y objetivable. La rapidez de administración de las formas breves lo hacen recomendable para su uso rutinario en encuadres clínicos del mundo real. Puede ser útil para ayudar a individualizar los objetivos de las intervenciones rehabilitadoras si se valoran las puntuaciones de cada subescala, según las habilidades o discapacidades de cada persona y para evaluar los resultados de la intervención en cada caso.

La capacidad del LSP para predecir utilización de servicios, como el ingreso, o otros desenlaces, como la probabilidad de tener problemas legales, le podría dar un valor como instrumento para contribuir a evaluar el modelo asistencial. Así, si el uso rutinario del LSP-20 permite detectar determinadas necesidades asistenciales, la implementación de programas para cubrirlas podría prevenir desenlaces no deseados.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha sido financiada parcialmente por el Instituto Carlos III a través de la ayuda a la red temática de investigación IRYSS (Investigación en Servicios Sanitarios para la toma de decisiones en el sistema nacional de aplicación práctica a la lista de espera) G03/2002.

Agradecimientos especiales al personal de enfermería del SERPI (Servicio de Rehabilitación Psiquiátrica Intensiva) de Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental por su colaboración en esta investigación.

Por último, agradecer a los profesores Alan Rosen y Tom Trauer, autores originales del LSP, que nos autorizaran a realizar la adaptación del LSP-20.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anthony WA, Lieberman RP. The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual and research base. *Schizophr Bull* 1986;12:542-559.
2. Wing JK. Social Influences on the course of schizophrenia. En: Wynne LC, Cromwell RL, Mathysse S, editores. *The nature of schizophrenia*. New York: John Wiley and Sons, Inc, 1978; p. 599-616.
3. Wing JK. Meeting the needs of people with psychiatric disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990;25:2-8.
4. Lehman AF, Steinwachs DM. Translating research into practice: the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) treatment recommendations. *Schizophr Bull* 1998;24:1-10.

5. Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB, Goldberg R, et al. The schizophrenia patient outcomes research team (PORT): updated treatment recommendations 2003. *Schizophr Bull* 2004;30:193-217.
6. Rosen A, Hadzi-Pavlovic D, Parker G. The life skills profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1989;15:325-37.
7. Bulbena A, Fernández de Larrinoa P, Domínguez Panchón AI. Adaptación castellana de la escala LSP (Life Skills Profile). Perfil de las habilidades de la vida cotidiana. Estructura y composición factorial. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1992; 20:51-60.
8. Fernández de Larrinoa P, Bulbena A, Domínguez Panchón AI. Estudio de fiabilidad, validez y consistencia interna de la escala LSP (Life Skills Profile). Perfil de habilidades de la vida cotidiana. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1992;20:71-5.
9. Trauer T, Duckmanton RA, Chiu E. The Life Skills Profile: a study of its psychometric properties. *Aust N Z J Psychiatry* 1995; 29:492-9.
10. Thornicroft G, Slade M. Are routine outcome measures feasible in mental health? *Qual Health Care* 2000;9:84.
11. Rosen A, Trauer T, Hadzi-Pavlovic D, Parker G. Development of a brief form of the Life Skills Profile: the LSP-20. *Aust N Z J Psychiatry* 2001;35:677-83.
12. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, 2001.
13. Vázquez-Barquero JL, Vázquez BE, Herrera S, Uriarte M, Grupo Cantabria de Discapacidades. La discapacidad: modelos interpretativos y su influencia en el nuevo sistema de Clasificación de Discapacidades de la Organización Mundial de la Salud. *Archivos de Psiquiatría* 2000;63:5-20.
14. Bryson G, Bell M, Greig T, Kaplan E. Internal consistency, temporal stability and neuropsychological correlates of three cognitive components of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). *Schizophr Res* 1999;38:27-35.
15. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13: 261-76.
16. Peralta V, Cuesta MJ. Psychometric properties of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Res* 1994;53:31-40.
17. SPSSInc. Manual del usuario Base SPSS 11. Irlanda: SPSSInc, 2001.
18. Doménech JM. Fundamentos de diseño y estadística. UD 14: medida del cambio: análisis de diseños con medida intrasujetos. Barcelona: Signo, 2005.
19. StataCorp. Stata Statistical Software: Release 8.0. Texas: College Station, 2003.
20. Hair F, Anderson RE, Tatham RL, Black W. Análisis multivariante, 5.^a ed. Madrid: Pearson, 2001.
21. Floyd FJ, Widaman K. Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment* 1995;7:286-99.
22. Bryant, Yarnold. Principals components analysis and exploratory and confirmatory factor analysis. En: Grimm, Yarnold, editores. Reading and understanding multivariate analysis. American Psychological Association Books, 1995.
23. Parker G, Hadzi-Pavlovic D. The capacity of a measure of disability (the LSP) to predict hospital readmission in those with schizophrenia. *Psychol Med* 1995;25:157-63.
24. Ballesteros J, Martínez L, Martín M, Ibarra N, Bulbena VA. Valoración del perfil de habilidades de la vida cotidiana y de la escala breve de valoración psiquiátrica como instrumentos predictores del tiempo de ingreso hospitalario. *Actas Esp Psiquiatr* 2002;30:225-32.
25. Ortega A, Miró F, Segú E, Fernández Ballart JD. Utilidad del «perfil de habilidades de la vida cotidiana» para la peritación de la incapacidad. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1996;24:85-89.
26. Trauer T, Duckmanton RA, Chiu E. The assessment of clinically significant change using the Life Skills Profile. *Aust N Z J Psychiatry* 1997;31:257-63.