

4.1. Evaluación de síntomas asociados

4.1.1. Ansiedad

La comorbilidad es bastante común entre los pacientes con psicosis. Los síntomas de ansiedad y los trastornos ansiosos son frecuentes durante todo el curso del trastorno, desde sus estadios iniciales hasta la fase de recuperación. Se estima una prevalencia del orden del 15% para el trastorno de pánico, del 29% para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y del 23% para el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (Buckley, Miller, Lehrer y Castle, 2009). Los trastornos por abuso de sustancias son también prevalentes; no obstante debido a su mayor tasa de comorbilidad e importancia clínica de cara a la planificación e intervención, serán tratados en otro apartado.

Para la valoración de los síntomas de ansiedad se puede utilizar cualquiera de los instrumentos disponibles, como por ejemplo, el Cuestionario de Ansiedad-Estado (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2008) o el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck y Steer, 2011). Para el diagnóstico de un trastorno de ansiedad se pueden utilizar entrevistas estandarizadas, como la Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV (First *et al.*, 1997). Por su parte, para la valoración de trastornos específicos como, por ejemplo el TOC, se puede utilizar la Escala de Obsesiones y Compulsiones de Yale-Brown (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*, Y-BOCS) (Goodman *et al.*, 1989), mientras que para la valoración del TEPT se podría emplear la Escala para el Trastorno de Estrés Postraumático (*Clinician Administered PTSD Scale*, CAPS-1) (Blake *et al.*, 1990). Para los demás cuadros clínicos y síntomas de ansiedad como, por ejemplo, fobia social o ataques de pánico, se pueden consultar los manuales de evaluación psicológica al uso.

4.1.2. Experiencias traumáticas

Las experiencias traumáticas infantiles son definidas como una serie de acontecimientos adversos que incluyen experiencias tales como abusos físicos, psicológicos, sexuales, o negligencias que sufren los menores de edad. Estas experiencias de maltrato generalmente son ejercidas por un adulto, aunque en ocasiones también pueden ser producidas por el grupo de iguales. La exposición a sucesos traumáticos en la infancia es considerada como un factor de riesgo relevante para el desarrollo del síndrome psicótico y experiencias psicóticas atenuadas. Estudios previos han encontrado una relación entre psicosis y experiencias traumáticas adversas, no sólo en pacientes con psicosis, sino también en personas de alto riesgo clínico y psicométrico (Bonoldi *et al.*, 2013; Dvir, Denietolis y Frazier, 2013; Kelleher *et al.*, 2013; Thompson *et al.*, 2009; Varese *et al.*, 2012).

La relación entre psicosis y experiencias traumáticas se puede establecer en dos sentidos. Por un lado, se puede estudiar cómo las experiencias traumáticas de inicio temprano pueden predisponer a un episodio psicótico; por otro, se puede observar como la propia experiencia psicótica se convierte en un suceso traumático para el individuo. Si se atiende a la primera relación, un estudio de revisión realizado por Varese *et al.*, (2012) halló que la adversidad en la niñez se encontraba fuertemente asociada con un mayor riesgo de psicosis. El análisis incluyó 18 estudios de casos y controles ($n = 2048$ pacientes psicóticos y $n=1856$ controles no psiquiátricos), 10 estudios prospectivos y cuasi prospectivos ($n=41803$) y ocho estudios transversales basados en la población ($n=35546$). Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre adversidad y psicosis en todos los diseños de investigación, con un riesgo relativo de 2,78 (Intervalo Confidencial –IC- 95% = 2,34-3,31). El conjunto de los estudios de casos y controles indicaron que los pacientes con psicosis tenían 2,72 veces más probabilidades

de haber sido expuestos a eventos adversos durante la niñez que los controles (IC 95%=1,90-3,88). La asociación entre la adversidad en la niñez y la psicosis también fue significativa en los estudios transversales basados en la población (OR=2,99; IC 95%=2,12-4,20), así como en estudios prospectivos (OR=2,75; IC 95%=2,17-3,47). En otro meta-análisis llevado a cabo por Bonoldi *et al.*, (2013) se examinó la prevalencia de diferentes tipos de abuso durante la infancia en una muestra de pacientes con psicosis ($n=2017$). Se encontró que las tasas autoinformadas de abusos sexual, físico y emocional, fueron del 26%, 39% y 34%, respectivamente. Estos hallazgos no sólo informan del impacto que tiene las experiencias adversas tempranas en la infancia en el posterior desarrollo de psicosis, sino también sobre la importancia de entrenar a los profesionales de la salud mental en la valoración cuidadosa del abuso infantil y las experiencias traumáticas en este conjunto de pacientes.

Entre los instrumentos de medida disponibles para la evaluación de las experiencias traumáticas se pueden encontrar. a) el *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ) (Bernstein y Fink, 1998), y su versión abreviada (CTQ-SF) (Bernstein *et al.*, 2003); b) el *Traumatic Experiences Questionnaire* (TQ) (Davidson, Hughes y Blazer, 1990); o c) el Cuestionario *Screening* de Experiencias Traumáticas en pacientes con trastorno mental grave (ExtTra-S).

El CTQ-SF es un autoinforme que consta de 28 ítems distribuidos en cinco subescalas: abuso emocional, abuso sexual, abuso físico, abandono emocional y negligencia física. Los ítems del CTQ describen acontecimientos de la infancia en términos objetivos, y los participantes indican en una escala *Likert* de cinco puntos el grado en que cada afirmación era verdad durante su infancia. El CTQ se encuentra validado y adaptado en población española (Hernandez *et al.*, 2013).

El TQ (Davidson *et al.*, 1990) es un instrumento de cribado para la presencia del TEPT. Consta de un total de 44 ítems que se agrupan en tres partes bien diferenciadas: listado de experiencias traumáticas (17 ítems), acontecimiento traumático que más le preocupa actualmente (9 ítems) y listado de síntomas (18 ítems). Este autoinforme se encuentra validado en población española (Bobes *et al.*, 2000).

El ExtTra-S es una herramienta construida por nuestro grupo de investigación para valorar las experiencias adversas durante la infancia (abuso sexual, negligencia física y emocional, maltrato físico y emocional) en pacientes con trastorno mental grave. Consta de un total de 18 ítems en un formato de respuesta *Likert* de cuatro puntos. En caso de responder afirmativamente al ítem, el participante tiene que indicar el grado de malestar que le produjo tal experiencia. Los resultados preliminares indican que el autoinforme presenta un correcto comportamiento psicométrico en cuanto a fiabilidad de las puntuaciones (alfa de Cronbach 0,96) y evidencias de validez. Asimismo, los resultados muestran la relación existente entre los síntomas psicóticos y las experiencias traumáticas, así como con otras variables de relevancia clínica, como el curso y la evolución del trastorno y el número de brotes y hospitalizaciones. En este sentido, el ExtTra-S es, por tanto, un instrumento de medida que permite la evaluación de las experiencias traumáticas de una forma sencilla, rápida y fiable.

4.1.3. Consumo de sustancias psicoactivas

Un porcentaje considerable de pacientes con psicosis presenta simultáneamente una adicción a las drogas y/o al alcohol. Se estima una prevalencia-vida de abuso de sustancia del 47% (Buckley *et al.*, 2009). El consumo de sustancias psicoactivas influye claramente en el transcurso del cuadro clínico ya que, entre otros, incrementa el riesgo de recaídas, de recurrencias de episodios psicóticos, de riesgo de violencia, así como de falta de cumplimiento terapéutico. En concreto, el consumo de cannabis es particularmente considerado un factor de riesgo para el desarrollo de psicosis. Para la evaluación del consumo de sustancias se puede encontrar una amplia variedad de instrumentos de medida (García-Portilla González, Bascarán, Bousoño y Bobes, 2006), que pueden ser utilizados, tanto para su valoración en psicosis, como en otros cuadros clínicos. Asimismo, se debe tener presente que, cuando se realiza la evaluación de este área en pacientes con psicosis, es necesario recoger información de otros informantes,

así como asegurarse de que el paciente no se encuentra bajo los efectos del alcohol o cualquier otra sustancia. Más aún, se pueden recoger pruebas de laboratorio, como muestras de orina y/o cabello, que pueden dar al clínico información fiable, válida y útil del consumo actual del paciente (Obiols *et al.*, 2006). Concretamente, para la evaluación de los hábitos del consumo de drogas se pueden utilizar el *Addiction Severity Index* v6.0 (ASI6) (McLellan, Cacciola, Alterman, Rikoon y Carise, 2006), o su adaptación al contexto europeo *EuropASI* (Índice Europeo de Gravedad de la Adicción) (Kokkevi y Hartgers, 1995).

El Índice de Gravedad de la Adicción-6 es una entrevista semiestructurada y heteroaplicada que valora multidimensionalmente la gravedad de la adicción, entendida ésta como necesidad o implementación de tratamiento. Proporciona información básica para el diagnóstico y la monitorización de los cambios clínicos y resultados de los tratamientos. Consta de 257 ítems agrupados en una sección de información general y alojamiento, y diferentes áreas problema: salud física, empleo y recursos, uso de alcohol y drogas, situación legal, red familiar y social, y salud mental. El ASI-6 propone preguntas objetivas y subjetivas. Las preguntas objetivas tratan de identificar la existencia de problemas y la frecuencia de los mismos en cada una de las áreas. Al inicio de cada parte objetiva se incluyen ítems de cribado con reglas de escape que permiten acortar la duración de la entrevista si los pacientes no presentan problemas. Los ítems subjetivos, puntuados por el propio paciente utilizando una escala tipo *Likert* de cinco puntos (0=ninguna, 4=extrema), hacen referencia a cuánto le preocupan o molestan los problemas en ese área y la importancia que para él tiene el tratamiento de esos problemas. El ASI-6 ofrece unas puntuaciones que configuran el perfil de gravedad de cada paciente, formado por quince escalas, nueve primarias y seis secundarias. En todas las escalas, a mayor puntuación mayor gravedad. El ASI-6 se encuentra validado y adaptado en población española (Díaz Mesa *et al.*, 2010).

El *EuropASI* (Kokkevi y Hartgers, 1995) es una entrevista semiestructurada y estandarizada que proporciona información sobre aspectos de la vida del paciente que han podido contribuir a su síndrome de abuso de sustancias. El tiempo de aplicación oscila entre los 45 y los 60 minutos, dependiendo del paciente y de la experiencia del profesional. Para su correcta administración, se recomienda la realización de un curso de entrenamiento previo. Desde el punto de vista clínico, proporciona información de utilidad para: describir las necesidades de los pacientes al inicio del tratamiento, asignar a los pacientes a las estrategias terapéuticas adecuadas y evaluar los resultados de las intervenciones. Consta de seis áreas que son independientes entre sí: situación médica; situación laboral/soportes; consumo de alcohol/otras drogas; problemas legales; relaciones familiares/sociales; y estado psiquiátrico. El *EuropASI* también se encuentra adaptado y validado en España (Bobes, González, Sáiz y Bousoño, 1996).

4.1.4. *Insight*

Un pobre *insight* o falta de conciencia de enfermedad, es un fenómeno que se encuentra también en pacientes con psicosis (Mintz, Dobson y Romney, 2003). En la psicosis, el *insight* es visto como un fenómeno multidimensional y continuo que hace referencia a la conciencia de tener un trastorno mental, de necesitar un tratamiento y de las consecuencias sociales del trastorno, así como a la capacidad para reconceptualizar los síntomas como patológicos, o realizar una atribución adecuada de los mismos (Ruiz *et al.*, 2008). Aproximadamente, la mitad de los pacientes psicóticos no institucionalizados presentan un déficit moderado-grave de conciencia de enfermedad, mientras que un tercio de los mismos manifiestan una marcada alteración en su percepción de las consecuencias sociales de su enfermedad. La falta de introspección se ha asociado con diferentes variables clínicas, como por ejemplo, un pobre cumplimiento terapéutico, un peor funcionamiento social y/o una peor evolución. En este sentido, la falta de conciencia y sus posibles consecuencias (p.ej., en el cumplimiento terapéutico), supone una faceta interesante a considerar en la evaluación de este conjunto de pacientes. Es digno de mención que para el cuidado de pacientes con un pobre *insight* suelen ser necesarios un mayor

apoyo psicosocial y supervisión, programas de psicoeducación y medicación intramuscular de larga duración.

Los instrumentos de medida que se suelen utilizar para la valoración del *insight* son, entre otros: a) el ítem 12 de la PANSS (Kay *et al.*, 1987); b) la *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder* (SUMD) (Amador *et al.*, 1993); y c) la *Beck Cognitive Insight Scale* (BCIS) (Beck, Baruch, Balter, Steer y Warman, 2004).

El ítem 12 de la PANSS ha sido utilizado en ensayos clínicos y diversa investigación para la valoración de la pérdida de juicio e introspección, definida como ‘trastorno de la conciencia o comprensión del propio trastorno psiquiátrico y situación vital’. Se manifiesta por una dificultad para reconocer trastornos mentales, negativa a ser hospitalizado o a ponerse a tratamiento. La valoración se realiza en una escala del 1 al 7, donde una mayor puntuación indica una mayor alteración o falta de conciencia.

La SUMD es una escala estandarizada que se puntúa en base a una entrevista semiestructurada con el paciente. Se compone de tres ítems generales que tratan de evaluar: la conciencia de tener un trastorno mental, la conciencia de los efectos de la medicación y la conciencia de las consecuencias sociales del trastorno mental. Además, consta de otros 17 ítems destinados a evaluar síntomas específicos. De cada uno de estos 17 ítems-síntoma se evalúa la conciencia y la atribución que el paciente realiza del mismo. Así, se conforman dos subescalas: conciencia de los síntomas y atribución de los síntomas. La SUMD permite dar un total de cinco puntuaciones, una por cada uno de los tres ítems generales, una cuarta por la subescala de conciencia y una quinta por la subescala de atribución. La SUMD se encuentra adaptada y validada al español en pacientes con diferentes trastornos del espectro esquizofrénico (Ruiz *et al.*, 2008).

La BCIS es un autoinforme de 15 ítems que valora cómo los pacientes evalúan su propio juicio y está fundamentada en el modelo de *Insight* de Beck. Consta de dos dimensiones: Autorreflexión (R) (9 ítems) y Autocerteza (C) (6 ítems). Se obtiene un Índice Compuesto de *Insight* Cognitivo como Reflexión-Certeza ($IC=R-C$). La BCIS tiene un formato de respuesta tipo *Likert* con cuatro opciones. La adaptación al castellano llevada a cabo en una muestra de 129 pacientes con esquizofrenia presentó niveles de consistencia interna superiores a 0,59, coeficientes de correlación intraclase mayores de 0,69, así como una estructura bidimensional (Gutiérrez-Zotes *et al.*, 2012).

4.1.5. Factores ambientales

Dentro de los factores ambientales se pueden analizar, entre otros, la calidad de vida, el ambiente familiar o determinados eventos o sucesos vitales.

4.1.6. Calidad de vida

Los avances científicos y terapéuticos en salud mental han generado un aumento considerable del interés por el estudio de la calidad de vida. El origen del concepto de calidad de vida se encuentra en la búsqueda de nuevas medidas de resultados funcionales y en la evaluación de las intervenciones terapéuticas (Bobes, García-Portilla, Bousoño y Sáiz Martínez, 1998). La calidad de vida se puede entender como ‘la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas e intereses’ (Organización Mundial de la Salud, 1994).

La calidad de vida es una faceta importante a considerar en la evaluación de los pacientes con psicosis, siendo un objetivo terapéutico. Existen múltiples razones que justifican su valoración, tanto en la práctica clínica, como en investigación, entre las que destacan: comprobar el estado clínico del paciente, analizar el efecto producido por las intervenciones y/o mejorar la gestión de los recursos sanitarios.

En el ámbito de la salud mental, la evaluación de la calidad de vida es un proceso complejo debido, entre otros motivos, a la percepción que el paciente tiene del trastorno o al efecto de la medicación. Los instrumentos de los que se dispone a día de hoy, aunque presentan ciertas limitaciones, se consideran bastante adecuados para la valoración de la calidad de vida en pacientes del espectro psicótico (Bobes *et al.*, 1998). De hecho, ha habido una importante proliferación de instrumentos para la evaluación de la calidad de vida. Se pueden utilizar instrumentos genéricos o específicos, pero todos ellos tienen que cumplir una serie de atributos tales como: basarse en un modelo conceptual sólido y ampliamente aceptado, presentar adecuadas propiedades psicométricas (fiabilidad y evidencias de validez, sensibilidad al cambio), ser fáciles de administrar e interpretar, ser subjetivos (que la información sea obtenida del propio paciente) y que existan adaptaciones culturales que permitan llevar a cabo estudios transculturales.

Entre los instrumentos generales se hallan el *Medical Outcomes Survey Short-Form* (SF-36) (Ware y Shebourne, 1992), el *Organización Mundial de la Salud Quality of Life* (WHOQOL) (The WHOQOL Group, 1994) y su versión abreviada (Skevington, Lotfy, O'Connell y WHOQOL Group, 2004) o el EuroQol-5D (EuroQol Group, 1990). Estos tres instrumentos han sido validados en pacientes con psicosis. Por su parte, para la evaluación concreta de la calidad de vida en pacientes con psicosis se pueden utilizar el Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida (CSCV) (Giner *et al.*, 1997) o la Entrevista de Calidad de Vida de Lehman (*Quality of Life Interview*, QOLI) (Lehman, 1988).

El Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida es un test especialmente diseñado para evaluar esta faceta en personas con esquizofrenia. El CSCV consta de 59 ítems (escala *Likert* de cinco opciones) que se organizan en torno a dos dimensiones, aspectos satisfactorios o positivos de la calidad de vida y aspectos insatisfactorios o negativos de la calidad de vida, cada una con varios factores. Respecto a su consistencia interna, la dimensión de aspectos favorables obtuvo un alfa de Cronbach de 0,85, y para la dimensión de aspectos desfavorables éste fue de 0,94.

La Entrevista de Calidad de Vida (QOLI) permite la evaluación de este constructo en pacientes mentales crónicos en la comunidad. Es una entrevista estructurada que trata de valorar a partir de 153 ítems (o 78 ítems en su versión breve) ocho áreas (lugar de residencia, actividades cotidianas, finanzas, relaciones familiares, relaciones sociales, salud, trabajo/estudio y legal/seguridad), así como el grado de satisfacción global percibido por el paciente. Los ítems puntúan en una escala *Likert* de siete puntos. La QOLI se encuentra adaptada y validada en población española (Bobes *et al.*, 1998).

4.1.7. Ambiente familiar

El constructo de Emoción Expresada (EE) considera que uno de los posibles factores relacionados con la psicosis son ciertas pautas inadecuadas de comunicación entre los miembros de la familia y una mala atmósfera emocional (Brown, Birley y Wing, 1972). Indica aspectos de la conducta emocional que dentro de un núcleo familiar se manifiestan hacia alguno de sus miembros; más concretamente hace referencia a la comunicación de los familiares del paciente con éste. Por lo tanto, la familia y las pautas de comunicación pueden tener un rol importante, no sólo en el desarrollo del cuadro clínico, sino también en su mantenimiento y posibles recaídas. Por ello, podría ser interesante contemplar en la evaluación del trastorno psicótico la EE, el clima social y/o las relaciones familiares del paciente.

Para la valoración de la EE se podrían utilizar diferentes instrumentos (Becerra, 2011); uno de los más utilizados es la *Camberwell Family Interview* (CFI) (Vaughn y Leff, 1976). La CFI es una entrevista estructurada donde se evalúa al familiar que convive con el paciente y se exploran aspectos relacionados con la enfermedad y los problemas surgidos en la convivencia. Tiene una duración extensa, de entre cinco y seis horas. La entrevista ha de ser grabada y posteriormente analizada por expertos, determinándose el nivel de EE en función del número de comentarios críticos, actitudes hostiles y comentarios o manifestaciones de sobreimplicación emocional hechos.

Para la valoración del ambiente familiar se puede utilizar la Escala de Clima Familiar (*Familiar Environment Scale*, FES) (Moos y Moos, 1986). Esta escala se compone de 90 ítems, en formato de respuesta dicotómico, y 10 subescalas, que informan sobre el clima social y las relaciones interpersonales existentes en la familia. El instrumento mide tres dimensiones: 1) relaciones (con las subdimensiones de cohesión, expresividad y conflicto); 2) crecimiento personal (el cual tiene como subdimensiones independencia, orientación hacia el logro, orientación intelectual-cultural, orientación recreativo-activa, y énfasis moral-religioso); y 3) mantenimiento del sistema (con las subdimensiones de organización, y control).

4.1.8. Acontecimientos vitales

Los modelos de vulnerabilidad-estrés de psicosis otorgan un papel destacable a los factores ambientales (Beards *et al.*, 2013). Específicamente en este apartado se tratarán los eventos ambientales en población adulta, ya que las experiencias traumáticas tempranas ha sido abordadas en otro punto. Cuando se tienen en cuenta los sucesos estresantes o vitales se debe considerar, no sólo el momento temporal de ocurrencia, sino también el tipo de evento y la gravedad.

Entre los instrumentos más utilizados para la valoración de los eventos vitales se encuentran de forma genérica la *Social Readjustment Rating Scale* (SRRS) (Holmes y Rahe, 1967), y de forma particular en pacientes con psicosis la *Life Events and Difficulties Schedule* (LEDS) (Brown y Harris, 1989). La SRRS es una lista de 43 acontecimientos vitales a los que se otorga una puntuación en función de lo estresantes que son para la persona que los experimenta. En cambio, la LEDS es una entrevista que se debe cumplimentar por personal entrenado; el entrevistador trata de recoger información sobre cada uno de los sucesos vitales, evitándose la subjetividad de la respuesta dada por los pacientes.

4.1.9. Comportamiento agresivo y violento

La agresión y la violencia son comportamientos muy poco frecuentes en pacientes con psicosis, si bien también resulta necesaria su valoración dentro del proceso de evaluación del síndrome psicótico. En un grupo reducido de pacientes este tipo de comportamientos puede ser un problema de difícil manejo. El profesional debe analizar si existe riesgo de comportamiento agresivo y/o violento, y en su caso tomar las medidas de precaución y de intervención necesarias. El análisis de los factores que pueden aumentar las probabilidades de conducta violenta es el primer paso para su posible prevención. Algunos de los indicadores de riesgo de violencia que se han encontrado en pacientes con psicosis son: comportamiento hostil, historia previa de comportamiento violento, presencia de consumo de sustancias, incumplimiento de la medicación y del tratamiento psicológico y problemas del control de impulsos.

En términos generales, la disponibilidad de técnicas de evaluación de la agresión y la violencia es muy limitada, si bien en la actualidad se dispone de diversos instrumentos que permiten apresar este tipo de comportamientos de forma fiable, otorgando información valiosa al clínico. Una de las herramientas más utilizadas es la *Overt Aggression Scale* (OAS) (Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott y Williams, 1986); la Escala de Agresividad Manifiesta trata de medir de forma objetiva, a partir de cuatro ítems, la agresividad de los pacientes. Las cuatro modalidades de comportamiento agresivo que analiza son: verbal, física contra uno mismo, física contra objetivo y física contra otras personas. Cada uno de los ítems se puntúa en gravedad y frecuencia. La puntuación de gravedad oscila de 1 a 5, siendo 5 el valor indicado para la agresividad extrema. La OAS ha sido utilizada en población española (Arango, Calcedo Barba, Gonzalez-Salvador y Calcedo, 1999).

Otro instrumento interesante y específico para evaluar la agresión es el *Aggression Questionnaire* (AQ) (Buss y Perry, 1992). El AQ es un autoinforme que evalúa, a través de 29 ítems, cuatro aspectos de la agresión: a) agresión física, b) agresión verbal, c) hostilidad, y d)

ira. Los ítems están codificados en una escala *Likert* de cinco puntos. El AQ se ha adaptado a muchos idiomas y países mostrando, en general, buenas propiedades psicométricas. Se encuentra adaptado y validado en población española (Andreu, Peña y Graña, 2002).

4.1.10. Adherencia y efectos secundarios de la medicación

La ausencia de conciencia de la enfermedad se suele encontrar asociada a la falta de adherencia al tratamiento y al incumplimiento del tratamiento psicofarmacológico. En determinadas circunstancias, y considerando los objetivos específicos de la evaluación y de la intervención, se hace necesario valorar los efectos secundarios que se derivan de la medicación, así como las actitudes hacia la misma.

Existen diferentes instrumentos de medida para su valoración, entre los que destacan la *Rating of Medication Influences* (ROMI) (Weiden *et al.*, 1994) o la *Drug Attitude Inventory* (DAI) (Hogan, Awad y Eastwood, 1983). Se ha sugerido utilizar la ROMI cuando se trata de analizar los factores psicosociales y ambientales, y el DAI para evaluar la respuesta subjetiva a los neurolépticos.

Por su parte, para la valoración de los efectos secundarios de los psicotrópicos y las reacciones adversas a los medicamentos, se puede utilizar la escala *Udvalg for Kiniske Undersogelser* (UKU) (Lingjaerde, Ahlfors, Bech, Dencker y Elgen, 1987). Para valorar los efectos adversos extrapiramidales con frecuencia asociados a la toma de antipsicóticos se puede emplear la *Simpson-Angus Scale* (SAS) (Simpson y Angus, 1970). Estas dos últimas escalas han sido utilizadas en pacientes con psicosis en España (Bernardo *et al.*, 2013).