

HABILIDADES MOTORAS Y DE PROCESAMIENTO EN ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ESQUIZOFRENIA Y SU COMPARATIVA CON TRASTORNO BIPOLAR

MOTOR AND PROCESS SKILLS IN ACTIVITIES OF DAILY LIVING IN SCHIZOPHRENIA AND ITS COMPARISON WITH BIPOLAR DISORDER

Elena Díaz Cáceres*

Graduada en Terapia Ocupacional por la Universidad de Oviedo. Máster en Rehabilitación Psicosocial y Salud Mental Comunitaria por la Universidad Jaume I. Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad de Oviedo. Terapeuta Ocupacional en Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA) (Servicio de salud del Principado de Asturias). Oviedo, España. <https://orcid.org/0000-0002-9475-1096>

E-mail de contacto
elenad.caceres@gmail.com

*autora para la correspondencia

Ariana García Nevares

Graduada en Terapia Ocupacional por la Universidad de Oviedo. Máster en Rehabilitación Psicosocial y Salud Mental Comunitaria por la Universidad Jaume I. Terapeuta Ocupacional en Centro de Rehabilitación Psicosocial de San Lázaro (Servicio de salud del Principado de Asturias). Oviedo, España.

DeCS Destreza motora; Esquizofrenia; Trastorno Bipolar; autonomía personal; actividades cotidianas; Terapia Ocupacional.

MeSH Motor skills; schizophrenia; bipolar disorder; personal autonomy; daily living activities; Occupational Therapy

Objetivos: describir la calidad de ejecución en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) de las personas con Esquizofrenia mediante el Assesment of Motor and Process Skills (AMPS), describir variables clínicas y sociodemográficas, y comparar la calidad de ejecución en las AVD en personas con Trastorno Bipolar. **Método:** la investigación se realizó con 25 adultos con Esquizofrenia de 18 a 65 años. Se les administró la evaluación AMPS, la escala ICG-G y cuestionario ad hoc. El comparativo inter-grupo se realizó con 25 personas con Trastorno Bipolar. **Resultados:** la muestra con Esquizofrenia obtuvo puntuaciones por debajo de la media en las habilidades motoras en las AVD evaluadas [Nivel 1 M (80,2), Nivel 2 M (76,4) y Nivel 3 M (73,4)]. En las habilidades de procesamiento se obtuvieron puntuaciones bastante alejadas de la media en Nivel 1 P (61,6), Nivel 2 P (58,4), Nivel 3 P (68,7). El nivel de gravedad clínica fue "moderadamente enfermos" según ICG-G. Respecto a la comparación intergrupo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los tres niveles de tareas. **Conclusión:** las personas con Trastorno Bipolar presentan mejor calidad de ejecución en términos motores y de procesamiento que las personas con Esquizofrenia.

Objective: Describe the quality of performance in the Daily Life Activities (ADL) of people with schizophrenia through the Assesment of Motor and Process Skills (AMPS), to describe clinical and sociodemographic variables, and compare performance quality in ADL in people with Bipolar Disorder. **Method:** The research was carried out with 25 adults with schizophrenia aged 18-55. They were given the AMPS assessment, the ICG_G scale and the ad hoc questionnaire. The inter-group comparison was made with 25 people with Bipolar Disorder. **Results:** Below average scores in motor skills in ADL evaluated (Level 1 M (80.2), Level 2 M (76.4) and Level 3 M (73.4) were obtained by the sample with schizophrenia. The processing skills scores were obtained quite far from the average in Level 1 P (61.6), Level 2 P (58.4), Level 3 P (68.7). According to ICG-G the level of clinical severity was moderately ill. Respect to the intergroup comparison in the three task levels were found statistically significant differences. **Conclusion:** People with Bipolar Disorder shown better performance quality in terms of motor skills and processing than people with schizophrenia

Texto recibido: 06/01/2020 Texto aceptado: 30/05/2020 Texto publicado: 31/05/2020

Derechos de autor



INTRODUCCIÓN

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), clasifica la Esquizofrenia (a partir de ahora ESQ) en el código F-20 y subtipos. "Este trastorno se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. En general, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes. Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o



COTOGA
COLEGIO OFICIAL
DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES
DE GALICIA

los sonidos pueden parecer excesivamente vividos o tener sus cualidades y características alteradas. El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento conductual o insidioso con un desarrollo gradual de ideas y de una conducta extraña. El curso presenta una gran variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante. Un porcentaje de casos, evoluciona hacia una recuperación completa o casi completa"⁽¹⁾.

La CIE-10, "clasifica el Trastorno Bipolar (TB) en el código F-31 y subtipos. Así mismo, define este diagnóstico como un trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión).

El Trastorno Bipolar y la ESQ son dos de las 10 principales causas de discapacidad en todo el mundo afectando el TB a 60 millones de personas frente a los 21 millones de ESQ en todo el mundo⁽²⁾. La discapacidad entre las personas con estos diagnósticos es evidenciada por disminución en el desempeño cuando se realizan ocupaciones diarias, incluyendo el autocuidado y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (ABVD y AIVD) que son esenciales para la vida autónoma⁽³⁻⁹⁾. Esto ha sido confirmado por los resultados de estudios previos en ESQ realizados por Fossey, Harvey, Plant y Pantelis⁽⁴⁾ repercutiendo todo ello por tanto en su calidad de vida⁽⁵⁾. Así mismo en estudios específicos enfocados en personas con TB (n=158), el 62% informaron de que eran incapaces de vivir de forma independiente, y necesitaban el apoyo constante y asistencia para rutinas diarias como preparar comidas, realizar las tareas del hogar, y manejar las facturas⁽⁶⁾; en otros estudios se revela la moderada dificultad para realizar las tareas domésticas⁽⁷⁾.

Estudios recientes han constatado que las personas con ESQ presentan limitaciones en el grado de autonomía personal e independencia en las AVD. Según sus resultados, estas dificultades impactan de forma significativa con los déficits cognitivos que presentan en tareas que implican memoria de trabajo, control inhibitorio, flexibilidad cognitiva y planificación⁽⁸⁾. La vida independiente y la relación que existe con el rendimiento en la ejecución de las AVD han sido identificados como prioritarios en el tratamiento de la ESQ⁽⁹⁾. El entrenamiento en habilidades ayuda a los pacientes a mejorar sus funciones cognitivas, teniendo una contribución positiva en su desempeño en las AVD y mejorando sus relaciones sociales.⁽¹⁰⁾

Burguess, Curtis-Downess, y Gibson⁽¹¹⁾, en su estudio afirman que la ESQ se asocia significativamente con menor nivel de educación. El bajo rendimiento educativo de las personas con ESQ repercute directamente en las habilidades laborales y por lo tanto en el área ocupacional del trabajo.

El impacto de la cognición en los resultados funcionales de las personas con ESQ es incuestionable. Se han encontrado hallazgos consistentes sobre la relación de la memoria a largo plazo y la memoria de trabajo/función ejecutiva en las AVD comunitarias⁽¹²⁾.

Diversos autores asocian el lóbulo frontal con actividades como la conciencia, conducta moral, conocimiento de normas sociales, capacidad de adaptación, iniciativa, pensamiento abstracto y juicio. Los mecanismos que permitirían sustentar estas habilidades serían las funciones integrativas, motivación, memoria a corto plazo, secuenciación temporal, atención selectiva, concentración, fluidez, flexibilidad, capacidad de planificación, lenguaje y movimiento⁽⁸⁾, todas ellas necesarias para la realización de una tarea. El lóbulo frontal sería el encargado de la activación de las acciones, lo que realiza a través de la anticipación, elección de objetivos, planificación, selección adecuada de las respuestas, control del desarrollo de los procesos y la verificación de los resultados. El control de las acciones, que depende del área pre-frontal dorsal, está relacionado también con la motivación, sostenida por la región frontal medial y por la capacidad de prever la sucesión de actividades a realizar⁽¹³⁾. Los resultados de estos estudios reconocen la relación entre la memoria a largo plazo, selectiva y la atención sostenida, la memoria de trabajo/funcionamiento ejecutivo y aspectos globales de la ejecución de la tarea⁽¹⁴⁾. Algunos elementos críticos de este último son: la precisión, secuenciación y repetición de los pasos y el grado de éxito en alcanzar la meta. Pero es notable que ninguno de estos estudios identifica los problemas y habilidades específicas que participan en la interacción entre las capacidades cognitivas deterioradas y el "funcionamiento del mundo real", lo que resulta en una disminución de la capacidad funcional. De igual forma todas estas alteraciones cognitivas se asocian con los déficits del funcionamiento de los pacientes con ESQ del siguiente modo: los déficits de memoria declarativa y la capacidad de atención sostenida afectan el funcionamiento social; los déficits de las funciones ejecutivas, memoria declarativa, memoria de trabajo y atención sostenida afectan el funcionamiento ocupacional; los déficits de las funciones ejecutivas, memoria declarativa y memoria de trabajo afectan a la capacidad de vivir independientemente. Nos encontramos ante personas con una severa discapacidad cognitiva la cual afecta su funcionamiento cotidiano de un modo más

severo que los síntomas de la enfermedad⁽¹⁵⁾.

La evidencia de los déficits en los subdominios cognitivos predicen diferentes resultados funcionales. Las personas con déficits de la memoria se olvidan regularmente de las tareas y tienen mayor dificultad para pagar facturas ⁽¹⁶⁾.

Piñón, Álvarez, Torres, Vázquez y Otero⁽¹⁷⁾ muestran la presencia de deterioro cognitivo moderado, déficits en velocidad de procesamiento, afectación de subprocesos de atención sostenida, selectiva y alternante, la capacidad de mantener el nivel de alerta durante varios minutos⁽¹⁸⁾ del componente ejecutivo de flexibilidad cognitiva, así como dificultades en la actividad social, laboral o escolar. La determinación del perfil neuropsicológico en estos pacientes facilita la detección de alteraciones en los procesos cognitivos y/o ejecutivos, ayuda a trabajar la conciencia del déficit, y es útil para mejorar la individualización de los programas de tratamiento, contribuyendo al diseño de intervenciones terapéuticas específicas para mejorar la funcionalidad. La respuesta a los programas de rehabilitación, la habilidad para resolver problemas y el nivel de funcionamiento en la comunidad son aspectos determinados por las siguientes funciones cognitivas: memoria declarativa verbal; funciones ejecutivas o capacidad de iniciar, planificar, controlar y monitorizar la propia conducta y manipular información abstracta⁽¹⁹⁾.

Algunos de los trastornos cognitivos más significativos presentes en ESQ, son la memoria declarativa, funciones ejecutivas y atención sostenida. Estos trastornos están asociados con parte importante de la discapacidad que aqueja a estos pacientes⁽²⁰⁾.

Harvey y Sharma⁽²¹⁾, cuantificaron que la memoria declarativa verbal, funciones ejecutivas, función de vigilancia, velocidad motora y fluidez verbal están dañadas en la ESQ. Harvey et al.⁽²²⁾ afirman que estas alteraciones de la memoria se asocian con la cronicidad de la enfermedad.

En las personas con ESQ las interrelaciones entre los déficits cognitivos y sociales pueden ser representadas como dos círculos viciosos; en un primer círculo, los déficits cognitivos más elementales (atención y memoria) interfieren con el rendimiento del nivel siguiente (planificación ejecutiva), lo que a su vez, dificulta la función del nivel anterior. Esta espiral, lleva al deterioro de la percepción y a una respuesta social desadaptada, formando un segundo círculo, en que la disfunción cognitiva impide el desarrollo de habilidades de afrontamiento interpersonal, dejando al sujeto más vulnerable al estrés social e impidiendo la adquisición de nuevos conocimientos.

En estudios específicos enfocados en personas con TB (n=158), el 62% informaron de que eran incapaces de vivir de forma independiente, y necesitaban el apoyo constante y la asistencia a las rutinas diarias para preparar comidas, realizar las tareas del hogar, y manejar las facturas de pagos⁽⁵⁾.

Respecto a las comparaciones entre las personas con ESQ y TB, Burguess, Curtis-Downess y Gibson⁽⁹⁾, afirman que la ESQ se asocia significativamente con menor nivel de educación que el TB. La mayoría (87,1%) de los 93 pacientes incluidos en el análisis no tenían habilidades útiles en el mercado laboral específico. Sin embargo, la proporción era tres veces superior a la proporción correspondiente de las personas con ESQ.

Objetivos

Describir la calidad de ejecución en las AVD de las personas con ESQ y su comparativa con el TB.

Objetivos específicos

- Analizar las puntuaciones obtenidas en la calidad de ejecución (motora y procesamiento) para ESQ a través de la escala AMPS en el desempeño de las tareas: cepillarse los dientes, vestirse la parte superior del cuerpo- prendas situadas cerca, poner la mesa- una o dos personas, tostadas y café hervido o filtrado- una persona, aspirar moviendo muebles livianos y fregar el suelo.
- Describir los criterios de gravedad y grado de discapacidad según escala ICG-G para ESQ.
- Observar si existen diferencias significativas entre TB y ESQ en la calidad de ejecución (motoras y procesamiento) en tareas del nivel 1 (vestirse/higiene y arreglo personal), que incluyen las tareas: cepillarse los dientes y vestirse la parte superior del cuerpo- prendas situadas cerca; tareas del nivel 2 (Preparación de la Comida), que incluyen las tareas: café hervido o filtrado- una persona y poner la mesa- una o dos personas y tareas del nivel 3 (establecimiento y gestión del hogar), que incluyen las tareas: aspirar moviendo muebles livianos y fregar el suelo. Los niveles de dificultad han sido establecidos según los logits

de dificultad de las tareas según manual AMPS.

Hipótesis

El propósito del presente estudio es dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Existe relación entre padecer una ESQ y tener peor calidad de ejecución en las AVD?
- ¿Existe discapacidad en la ESQ según los resultados de la escala ICG-G?
- ¿Existen diferencias cuantitativas entre la calidad de ejecución entre TB y ESQ en las AVD?

Atendiendo a las investigaciones previas, se hipotetiza que:

- Hipótesis primera. Las personas con ESQ pueden presentar una peor calidad de ejecución en las AVD para los tres niveles según los parámetros estimados en el software AMPS, siendo estos, de personas sanas de su misma edad.
- Hipótesis segunda: Las personas diagnosticadas de ESQ pueden presentar un grado de discapacidad marcado por la escala ICG-G.
- Hipótesis tercera: Las personas diagnosticadas de ESQ pueden llegar a presentar peor calidad de ejecución en las AVD para los tres niveles de dificultad establecidos según el AMPS respecto a las personas diagnosticadas de TB.

MÉTODOS

Diseño y participantes

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal, realizado con una metodología cuantitativa no experimental. Se han comparado dos grupos: ESQ y TB. La investigación se realizó con una muestra de 50 adultos (25 ESQ y 25 TB) con edades entre los 21 y los 65 años. La muestra de ESQ eran 25 adultos con edades entre los 18 y los 55 años. La muestra evaluada son pacientes de Hospital de Día. Han sido propuestos como candidatos de estudio por parte de su psiquiatra de referencia, quien informa del objetivo del estudio, proporciona al paciente los datos necesarios sobre la actividad, persona responsable y forma de contacto en caso de querer participar. El 64% de la muestra fueron varones, siendo la edad media de la muestra de 39 años y la media de años de evolución de la enfermedad 10,28 años. El 88% de la muestra estaban solteros, sin embargo el 8% viven solos y el 80% está conviviendo con la familia de origen. El 28% se encontraban activos laboralmente. Así mismo, un 12% está incapacitado legalmente. (Véase Tabla 1). La edad media en el grupo TB es de 42,8 años y la media de años de evolución de la enfermedad fue 8,3 años.

Criterios de selección

- Diagnóstico: ESQ (F.20) y TB (F.31).
- Edad entre 18 y 65 años.
- Aceptación del consentimiento informado.
- Estabilización psicopatológica en los últimos 6 meses.

En cuanto a los criterios de exclusión:

- no aceptar participar en el estudio.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

Variables	Muestra total n=50	Esquizofrenia n=25	T.Bipolar n=25
Edad[Media,(D.E)]	40,9(11,1)	39(9,3)	42,8(12,5)
Sexo[%,(n)]			
Femenino	46(23)	36 (9)	56 (14)
Masculino	54(27)	64 (16)	44 (11)
E. Civil [%,(n)]			
Casado	20(10)	8 (2)	32(8)
Separado/Divorciado	14 (7)	4(1)	24(6)
Soltero	66(33)	88 (22)	44 (11)
Situación laboral [%,(n)]			
Activos	36 (18)	28(7)	44(11)
Inactivos	64 (32)	72(18)	56(14)
Incapacidad Legal [%,(n)]			
Incapacitado	6 (3)	12 (3)	0(0)
Ninguna	94(47)	88(22)	10(25)
Años evolución [%,(n)]	9,5(9,3)	10 (10,28)	9 (8,3)
Convivencia [%,(n)]			
Sólo	10 (5)	8 (2)	12(3)
Familia propia	26(13)	12(3)	40 (10)
Familia origen	64 (32)	80 (20)	48 (12)

Fuente: elaboración propia (2020)

Instrumentos de evaluación

Valoración de Habilidades Motoras y de Procesamiento (AMPS: Assessment of Motor and Process Skills; Fisher y Bray⁽²⁰⁾).

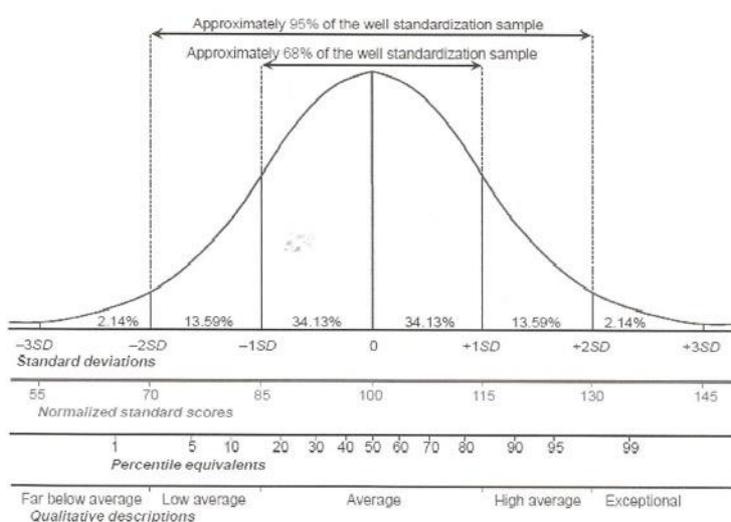
El AMPS es una evaluación observacional para evaluar la calidad de la ejecución en las Actividades de la Vida

Diaria (AVD). La administración del AMPS no requiere de un equipo especial y puede ser administrada en cualquier entorno relevante para la tarea. Puede utilizarse para valorar a personas con cualquier tipo de diagnóstico o discapacidad, personas sanas y aquellos que no han recibido un diagnóstico formal pero pueden estar en riesgo de un deterioro funcional(20).

Breve introducción al AMPS.

El AMPS evalúa dos tipos de habilidades, las habilidades motoras que incluyen 4 factores generales y 16 específicos, así como las habilidades de procesamiento que incluyen 5 factores generales y 20 específicos. Las *Habilidades Motoras* de las AVD son acciones observables y dirigidas hacia una meta que una persona realiza para moverse o mover los objetos de la tarea mientras interactúa con ellos y el entorno al realizar una tarea de las AVD. Las *Habilidades de Procesamiento* de las AVD son acciones observables y dirigidas hacia una meta que una persona realiza cuando: (a) selecciona, interactúa y utiliza materiales y (b) lleva a cabo acciones y pasos individuales de una tarea de las AVD y (c) modifica su ejecución en caso de dificultades.

Corrección e interpretación del AMPS. Para realizar el análisis de los factores específicos en cada una de las habilidades (motoras y de procesamiento) se deben de introducir los datos en el *Software* AMPS. Esta herramienta permite el análisis de los datos, teniendo que introducir siempre un mínimo de dos tareas. En este caso, se han introducido las tareas de dos en dos, así como agruparlos en tres niveles según el área ocupacional evaluada y el nivel de dificultad de la tarea (logits).



N	CALIDAD DE EJECUCIÓN
55-70	Bastante alejado de la media
70-85	Por debajo de la media.
85-115	En la media.
115-130	Por encima de la media
130-145	Exceptional.

Figura 1. Curva en forma de campana mostrando la "distribución normal" de la calidad de ejecución y tabla de rangos de normalidad.

El informe de resultados emitido por el Software AMPS, informa de las puntuaciones Z, puntuaciones estandarizadas de normalización (N) y percentiles. En el presente estudio se utilizaron las puntuaciones estandarizadas de normalización (N), que como puede observarse en la Figura 1, los rangos de normalización van de 55 a 145. (ver calidad de ejecución con más detalle en Figura 1).

El AMPS si bien no ha sido estandarizado específicamente en población española, sí que lo ha sido internacionalmente en más de 150.000 personas con rangos de edad de 2 a 100 años y dentro de esa muestra se encuentra esta población, tanto es así que existen tareas estandarizadas de AMPS adaptadas a la cultura española como es la tortilla de patata española. Respecto a las propiedades clinicométricas, en el proceso de estandarización de la escala AMPS se ha observado una bondad de ajuste del 95% respecto al modelo Rasch, que aporta una alta fiabilidad inter e intra observador.(20)

Escala de Impresión Clínica Global (ICG-G)

Valora la severidad de la enfermedad, incluyendo aspectos psicopatológicos pero también funcionales. Así como, el grado de mejoría de la enfermedad. Ha sido diseñada para evaluar los diferentes grupos de síntomas (positivos, negativos, cognitivos y depresivos)(23).

Cuestionario ad hoc de variables sociodemográficas y clínicas

Está formado por una serie de variables sociodemográficas, clínicas y sociales entre las que se encuentran:

- Variables sociodemográficas: nombre; apellidos; sexo; edad; estado civil, situación laboral, incapacidad

legal, convivencia en el hogar.

- Variables clínicas: diagnóstico (ESQ/ TB), años de evolución, puntuación ICG-G.

Procedimiento

Una vez planteadas las hipótesis, se inició una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos (PUBMED, MEDLINE, OTD BASE).

Una vez definido el problema y los objetivos del estudio se llevó a cabo una reunión entre las terapeutas ocupacionales responsables de la investigación para exponer los objetivos, describir las herramientas de evaluación, obtener los permisos necesarios y realizar las evaluaciones AMPS. Antes de evaluar los diferentes factores motores y de procesamiento, los participantes fueron informados de la finalidad del estudio y firmaron su consentimiento informado. Las evaluaciones AMPS únicamente pueden ser administradas por terapeutas ocupacionales calibrados. Las autoras de este documento lo están. Las evaluaciones realizadas forman parte de seis AIVD:

- De nivel 1 (vestirse/higiene y arreglo personal) que incluyen tareas mucho más fáciles que la media (0.7 y 0.6 Logits)
- De nivel 2 (Preparación de la comida), incluyen tareas más fáciles que la media (0.0 y 0,3 Logits)
- De nivel 3 (Establecimiento y gestión del hogar), que incluyen las tareas: de dentro de la media de dificultad (0.0 Logits)

Las evaluaciones fueron realizadas por las terapeutas ocupacionales calibradas en AMPS. Una vez realizada la observación los datos fueron introducidos en el software AMPS. Éste nos proporciona los resultados e informes de calidad de ejecución de las tareas observadas mediante una relación a la media de la muestra de personas sanas de la misma edad utilizadas en la estandarización.

Las tareas se realizaron en el Hospital de Día de Oviedo, para ello se utilizaron escenas muy similares al hogar de los participantes.

Análisis de Datos

En la primera fase, se introdujeron las puntuaciones AMPS en el software específico de esta escala de evaluación estandarizada.

Posteriormente, los datos fueron analizados utilizando el paquete estadístico SPSS versión 23.0 para Windows. Se realizó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas y clínicas, así como del índice de Normalización, proporcionado por la escala AMPS (M, D.E, máximo y mínimo para las variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para las cualitativas).

Se utilizó el test T-Student para la comparación de medias de los distintos niveles motores (a partir de ahora Nivel M) y de procesamiento (a partir de ahora Nivel P) de los 3 niveles de Clasificación. Para comprobar las diferencias estadísticamente significativas las medias de ambos grupos (ESQ vs TB) tras realizar la prueba T-Student se generó el valor P, extraído de la significación bilateral.

Aspectos éticos de la investigación

Este trabajo de investigación no tiene informe de comité de ética, pero se siguieron las recomendaciones de los principios éticos de la declaración de Helsinki. Además, todos los participantes fueron informados y tuvieron la posibilidad de revocar la participación en cualquier fase del estudio. En esta misma línea se ha respetado el anonimato y confidencialidad de todos los participantes en el estudio, atendiendo a la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal.

RESULTADOS

Análisis descriptivo de la calidad de ejecución en el desempeño de las tareas de los tres niveles.

En el análisis descriptivo de las habilidades motoras en la ESQ, se han obtenido puntuaciones medias por debajo de la media en el Nivel 1 M (80,2), Nivel 2 M (76,4) y Nivel 3 M (73,4). En cuanto a las habilidades de procesamiento se han obtenido puntuaciones bastante alejadas de la media en Nivel 1 P (61,6), Nivel 2 P



(58,4), Nivel 3 P (68,7). (VÉASE TABLA 2).

Análisis descriptivo de la ESQ para la variable de gravedad clínica

En el grupo ESQ se observa como el valor medio de la ICG-G es de 4,1, (moderadamente enfermos)

Comparaciones intergrupo (ESQ vs TB) para los niveles uno, dos y tres en la calidad de ejecución de las tareas.

Al comparar los diferentes niveles de ejecución entre TB y ESQ, se encuentran diferencias estadísticamente significativas en los tres niveles motores y de procesamiento.

En el Nivel 1 M ($T=-2,217$, $p=0,028$), se observan diferencias significativas, dado que la calidad de ejecución del Nivel 1 M para

ESQ es por debajo de la media frente al TB que se encontraba en la media. En el Nivel 2 M ($T=-3,65$, $p=0,001$), se observan diferencias significativas, dado que la calidad de ejecución del Nivel 2 M para ESQ es por debajo de la media frente al TB que se encontraba en la media. En el Nivel 3 M ($T=-3,661$, $p=0,001$), se observan diferencias significativas, dado que la calidad de ejecución del Nivel 3 M para ESQ es por debajo de la media frente al TB que se encontraba en la media.

En el Nivel 1 P ($T=-4,271$, $p=0$), se observan diferencias estadísticamente significativas, dado que la calidad de ejecución del Nivel 1 P para ESQ es bastante alejado de la media frente al TB que se encontraba por debajo de la media. En el Nivel 2 P ($T=-2,791$, $p=0,008$), se observan diferencias estadísticamente significativas, dado que la calidad de ejecución del Nivel 2 P para ESQ es bastante alejado de la media frente al TB que se encontraba por debajo de la media. En el Nivel 3 P ($T=-4,451$, $p=0$), se observan diferencias estadísticamente significativas, dado que la calidad de ejecución del Nivel 3 P para ESQ es bastante alejado de la media frente al TB que se encontraba en la media. (VÉASE TABLA 4).

DISCUSIÓN

Los datos descritos en el presente estudio muestran diferencias, teniendo las personas con ESQ más dificultades para el desempeño ocupacional de AVD que las personas sanas, lo que se traduce en una peor calidad de ejecución. Bowie y Harvey⁽²⁴⁾ afirman que el impacto de la cognición en los resultados funcionales de las personas con ESQ es incuestionable, presentándose las personas con una severa discapacidad cognitiva, la cual afecta a su vida y funcionamiento cotidiano de un modo quizás aún más severo que los síntomas de la enfermedad. En cuanto a las habilidades de procesamiento se han obtenido puntuaciones bastante alejadas de la media para los tres niveles: Nivel 1 P=61,6, Nivel 2 P =58,4 y Nivel 3 P =68,7 con lo cual las personas con ESQ presentan dificultades en el procesamiento. Los resultados recogidos de la parte motora aportan datos con puntuaciones medias por debajo de la media en el Nivel 1 M (80,2), Nivel 2 M (76,4) y Nivel 3 M (73,4), con lo cual las personas con ESQ presentan dificultades en las habilidades motoras (hipótesis 1 del estudio).

Los datos del nivel de gravedad clínica de la enfermedad (ICG-G) nos informa que las personas con ESQ evaluadas (n=25), presentan una gravedad clínica media de 4,1 puntos (moderadamente enfermas). Se esperaba en este punto del estudio que pudieran reflejarse niveles mayores de gravedad clínica. Con estos datos se muestra que no se ha cumplido la hipótesis 2 postulada, esta falta de significación puede ser debida por un lado a la falta de tamaño muestral (este debería de haber sido mayor), y por otro lado a la juventud de los participantes (M= 39).

Tabla 2. Análisis descriptivo de Habilidades Motoras (M) y Procesamiento (P) según niveles

Variables	ESQ
Nivel 1 M [Media, (D.E.)]	80,2 (16,5)
Nivel 1 P [Media, (D.E.)]	61,6 (10,3)
Nivel 2 M [Media, (D.E.)]	76,4 (16,2)
Nivel 2 P [Media, (D.E.)]	58,4 (14)
Nivel 3 M [Media, (D.E.)]	73,4 (10,4)
Nivel 3 P [Media, (D.E.)]	68,7 (13,6)

Tabla 4. Prueba T-Student. Resultados de comparación intergrupo para los tres niveles de ejecución

Variables	MUESTRA TOTAL	ESQ	TB	Estadísticos	
				T-Student	P
Nivel 1 M [Media, (D.E.)]	85,9 (18,5)	80,2 (16,5)	91,6 (18,9)	-2,217	0,028 *
Nivel 1 P [Media, (D.E.)]	68,4 (13,1)	61,6 (10,3)	75,2 (12,2)	-4,271	0 **
Nivel 2 M [Media, (D.E.)]	85,1 (18,8)	76,4 (16,2)	93,8 (17,5)	-3,65	0,001**
Nivel 2 P [Media, (D.E.)]	64,6 (16,9)	58,4 (14)	70,9 (17,5)	-2,791	0,008**
Nivel 3 M [Media, (D.E.)]	80,3 (14,9)	73,4 (10,4)	87,2 (15,7)	-3,661	0,001**
Nivel 3 P [Media, (D.E.)]	78,1 (17,6)	68,7 (13,6)	87,6 (16,2)	-4,451	0 **

* $p < 0,05$
 ** $p < 0,01$

Los datos recopilados en el presente estudio muestran diferencias estadísticamente significativas, presentando las personas con ESQ mayores dificultades para el desempeño ocupacional de las tareas evaluadas, con respecto a las personas con TB, cumpliéndose así la hipótesis tercera del estudio. Existen otra serie de características que sin ser síntomas principales rodean la problemática de la ESQ. El análisis descriptivo de la muestra se corresponde con los datos aportados por investigaciones previas⁽⁶⁾. Por lo tanto, las personas con ESQ son incapaces de vivir de forma independiente ya que sólo el 8% lo hace mientras que un 80 % lo hace con la familia de origen.

Elboga, Sahin, y Altindag⁽¹⁰⁾ citan en sus estudios que las personas con trastorno mental grave aún tienen deficiencias crónicas que conducen a dificultades sociales y laborales, aunque se obtienen resultados positivos tras realizar una intervención en habilidades durante 6 meses. En el presente estudio los datos recogidos son muy similares puesto que el 28% del grupo de ESQ se encontraban activos laboralmente y el 8% estaban casados. Las dificultades sociales pueden ser determinantes a la hora de establecer relaciones sociales que desencadenen en uniones sentimentales.

Burguess⁽¹¹⁾ afirma que en el TB el 87,1% de los 93 pacientes incluidos en el análisis no tenía habilidades laborales. Sin embargo, la proporción era tres veces superior de las personas con ESQ, este dato es similar a nuestros resultados puesto que el 28% del grupo de ESQ trabajaban. En el grupo con ESQ un 12% de la muestra, está incapacitado legalmente.

Aplicación práctica del estudio

Estos resultados tienen importantes implicaciones para la práctica clínica ya que los terapeutas ocupacionales van a conocer mejor el funcionamiento motor y de procesamiento en la ESQ y TB, lo que les abrirá una vía de entendimiento a la hora de planificar su intervención en los programas de AVD. Concretamente para poder implementar intervenciones individuales, y no tanto de carácter grupal como se vienen realizando en los distintos programas de AVD de los Hospitales de Día de Salud Mental.

Limitaciones del estudio

Cabe mencionar las siguientes limitaciones: falta de tamaño muestral y juventud de la muestra (M=39). Pese a que los rangos de edad del estudio eran de 18 a 65 años, casi todos los participantes tenían menos de 40 años, lo que limita comparar el desempeño ocupacional por distintos rangos de edad.

Línea futura de investigación

En vista de los resultados obtenidos, sería interesante para nuestra disciplina, continuar la investigación profundizando en la repercusión que tienen tanto los años de evolución de la enfermedad, estadio de la misma y la farmacología sobre la calidad de ejecución de las AVD.

CONCLUSIÓN

1. Las personas con ESQ presentan más dificultades para el desempeño ocupacional de AVD que las personas sanas, lo que se traduce en una peor calidad de ejecución tanto en las habilidades motoras como de procesamiento.
2. Las personas con ESQ estaban moderadamente enfermas, por lo que no se ha cumplido la hipótesis inicial: gravemente marcada. Esta falta de significación puede ser debida al tamaño muestral, y la edad media de la muestra.
3. Las personas con ESQ presentan mayores dificultades para el desempeño ocupacional de las AVD, lo que se traduce en una peor calidad de ejecución con respecto a las personas con TB, siendo las dificultades en el procesamiento para los tres niveles de actividades la parte de desempeño más afectado en la ESQ.

AGRADECIMIENTOS

Al equipo que conformaba el Hospital de Día en el momento de las evaluaciones. Así como a todas las personas con problemas de salud mental que han prestado su consentimiento y a sus familias. En el presente estudio no ha habido conflicto de intereses ni financiación.



DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Tanto EDC como AGN se han encargado de la planificación del estudio, confección de los cuestionarios, recogida de datos, evaluación y análisis, realización de las búsquedas bibliográficas y confección escrita de este artículo. Centrándose más EDC en la solicitud de permisos y gestión de infraestructura logística y AGN en el análisis de datos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). World Health Organization (WHO). 2018
2. World Health Organization. Mental health and work: action plan, (monograph on the internet) Geneva: WHO; 2013. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf
3. Sanchez-Moreno J, Martinez-Aran A, Vieta E. Treatment of functional impairment in patients with bipolar disorder. *Current psychiatry reports*. 2017; 19(1): 3.
4. Fossey E, Harvey C, Plant G, Pantelis C. Occupational performance of people diagnosed with schizophrenia insupportive housing and outreach programmes in Australia. *Br J Occup Ther*. 2006; 69: 409-19.
5. Dois Castellon A, Contreras Mejias A, Arechabala MC, Urrutia Soto MT. Validación de una escala de Calidad de vida en un grupo de personas con esquizofrenia en la región Metropolitana-Chile. *Ciencia y enfermería*. 2007; 13(1):35-44.
6. Karanti A, Kardell M, Joas E, Runeson B, Pålsson E, Landén M. Characteristics of bipolar I and II disorder: A study of 8766 individuals. *Bipolar disorders*. 2019
7. Pope M, Dudley R, Scott J. Determinants of social functioning in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*. 2007; 9: 38-44. Díaz OM, González MTD, Molina ES, Fernández PG, Castañeda PR. Evaluación neuropsicológica de las funciones ejecutivas en pacientes con trastorno mental grave. *Know and Share Psychology*. 2020; 1(1).
8. Fischer E, Shumway M, Owen R. Priorities of consumers, providers, and family members in the treatment of schizophrenia. *Psychiatr. Serv*. 2002; 53: 724–729.
9. Elboga G, Sahin SK, Altindag, A. Contribution of Skills Training in a Community Mental Health Center to Daily Living Activities and Cognitive Functions. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2019; 11(1): 1-8
10. Burgess B, Curtis-Downes D, Gibson RC. Education and employment levels among Jamaican patients newly diagnosed with schizophrenia and bipolar disorder. *Int J Soc Psychiatry*. 2013; 59(3): 247-53
11. Green M, Kern R, Braff D, Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff". *Schizophr. Bull*. 2000; 26: 119–136.
12. Gil R. Neuropsicología. Barcelona: Elsevier; 2019.
13. Godbout L, Limoges F, Allard I, Braun C, Stip E. Neuropsychological and activity of daily living script performance in patients with positive or negative schizophrenia. *Compr. Psychiatry*. 2007; 48: 293–302.
14. Álvaro Barrera P. Los trastornos cognitivos de esquizofrenia. *Rev Chil Neuropsiq*. 2006; 4(3): 215-221.
15. Silberstein J, Harvey PD. Cognition, social cognition, and Self-assessment in schizophrenia: prediction of different elements of everyday functional outcomes . *CNS Spectrums*. 2019; 24(1): 88-93
16. Piñón A, Álvarez MC, Torres T, Vázquez P, Otero F. Perfil neuropsicológico de pacientes con diagnóstico de trastorno del espectro de esquizofrenia. *Discapacidad, Clínica y Neurociencias*. 2018: 1-14.
17. Damasio AR, Anderson S W. The Frontal Lobes. In: Heilman KM, Valenstein E, editors. *Clinical Neuropsychology*, 4th Edition. New York: Oxford University Press. 2003. 404-6 p.
18. Tugade MM, Fredrickson BL, Watson D, Clark LA, Clark L, Tettegen A, Joseph S. 46 Neuropsychological Assesment. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. 2019; 73: 205
19. Fisher AG y Bray Jones K. Assessment of motor and process skills. Vol. 2: User Manual (8th Ed.). USA: Fort Collins, CO: Three Star Press; 2014.
20. Harvey PD y Sharma T. Cognitive deficits as a core feature on schizophrenia. *A clinician handbook*. Londres: Martin Dunitz; 2002. 9-21 p. Murante T, Cohen CI. Cognitive functioning in older adults with schizophrenia. *Focus*. 2017; 15(1): 26-34.
21. Haro JM, Kamath SA, Ochoa S, Novick D, Rele K, Fargas A, Rodríguez MJ, Rele R, Orta J, Kharbeng A, Araya S, Gervin M, Alonso J, Mavreas V, Lavrentzou E, Liotos N, Gregor K, Jones PB. The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2003; 107(416): 16-23.
22. Bowie CR, Harvey PD. Cognition in Schizophrenia: impairments, determinants and functional importance. *Psychiatric Clinics*. 2005; 28(3):613-633.

Derechos de autor

