

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE Y PROLONGADA.

ACTIVITIES OF DAILY LIVING IN PEOPLE WITH SEVERE AND PROLONGED MENTAL ILLNESS.

Palabras clave Enfermedad mental

Key words Mental illness

DECS: Actividades de la vida diaria, Terapia Ocupacional

MESH: Activities of daily living, Occupational Therapy



Autoras

Dña. Leticia Ocaña Expósito.

Graduada en Terapia Ocupacional.

e-mail de contacto: leticiamaster@usal.es

Dña. Cristina Caballo Escribano.

Doctora en Psicología.

Profesora de la Universidad de Salamanca.

e-mail de contacto: crisca@usal.es

Como citar este documento:

Ocaña Expósito L, Caballo Escribano C. Actividades de la vida diaria en personas con enfermedad mental grave y prolongada. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2015 [fecha de la consulta]; 12(21): [11 p.]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num21/pdfs/original8.pdf>

Texto recibido: 26/04/2015

Texto aceptado: 09/05/2015

Texto publicado: 28/05/2015

Introducción

Según el Informe Mundial sobre Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud ⁽¹⁾ el número de personas que padecen problemas psiquiátricos y sus consecuencias está aumentando de forma alarmante en el mundo ^(2, 3). En los países desarrollados, incluida España, la prevalencia anual del trastorno mental oscila en torno al 20% de la población ⁽⁴⁾.

Las consecuencias derivadas de este tipo de enfermedades pueden traducirse en limitaciones para su desempeño personal, ocupacional, familiar y social ⁽⁵⁾. Concretamente nos centraremos en las dificultades en el desempeño de las actividades de la vida diaria, necesarias para que las personas puedan cuidar de sí mismas y tener una vida independiente ⁽⁶⁾. Estas actividades son un

RESUMEN

Objetivos: Conocer el grado de desempeño en actividades de la vida diaria de personas con enfermedad mental grave y prolongada atendidos en diferentes recursos de la provincia de Salamanca.

Metodología: Estudio cuantitativo en el que participaron 51 personas diagnosticadas de enfermedad mental, a las que se les aplicó la adaptación española de la BELS (*Basic Everyday Living Schedule*), que evalúa el grado de oportunidad y el nivel de desempeño en 26 actividades divididas en 4 áreas; auto-cuidado, habilidades domésticas, habilidades comunitarias, actividades y relaciones sociales.

Resultados: las personas con enfermedad mental grave y prolongada tienen niveles bajos de autonomía, indicando problema severo o necesidad frecuente de una sugerencia según la clasificación del BELS. Estas dificultades se han obtenido, sobre todo, en actividades relacionadas con el cuidado del hogar, siendo las relacionadas con el autocuidado las que obtienen mayores puntuaciones. Las actividades relacionadas con la comunidad son las que obtienen puntuaciones inferiores en el grado de oportunidad. **Discusión:** Estos resultados coinciden con investigaciones en las que se obtuvieron bajos niveles de autonomía en este tipo de población.

Conclusiones: Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de proporcionar los apoyos necesarios para mejorar el desempeño en estas actividades, para favorecer la vida independientemente en la comunidad y la calidad de vida.

SUMMARY

Objectives: To determine the level of performance in activities of daily life for people with severe and prolonged mental illness treated in different resources of the province of Salamanca.

Methodology: The study involved 51 people diagnosed with mental illness, which we applied the Spanish adaptation of the BELS (*Basic Everyday Living Schedule*), which assesses the degree of opportunity and performance level in 26 activities divided into 4 areas; self-care, domestic skills, community skills, social activities and relationships.

Results: People with severe and prolonged mental illness have low levels of autonomy, indicating severe problem or frequent need a suggestion by classification BELS. These difficulties have been obtained, especially in areas related to home care activities, being those related to self-care which get higher scores. Activities related to the community are those obtained lower scores in the degree of opportunity.

Discussion: These results are consistent with investigations which were obtained low levels of autonomy in this population.

Conclusions: These results highlight the need to provide the necessary support to improve performance in these activities, to promote independent living in the community and quality of life.

componente integral de la salud mental, particularmente útiles para calibrar la gravedad de la enfermedad, la efectividad de las intervenciones y la necesidad de servicios de apoyo ⁽⁷⁾. Desde la perspectiva de los pacientes, su importancia radica en su contribución a la vida independientemente en la comunidad y por lo tanto a la calidad de vida ⁽⁷⁾.

En concreto, hay estudios que corroboran que la combinación de tratamiento psicofarmacológico e intervenciones psicosociales, como la Terapia Ocupacional, son la mejor estrategia para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia ⁽⁸⁾. Por lo tanto, es importante realizar trabajos

de investigación dirigidos a la elaboración de programas para mejorar el desempeño de las actividades de la vida diaria, ya que se basan en el supuesto de que la capacidad de las personas para llevar a cabo esas actividades es una manera de contrarrestar su declive, la frustración asociada a la depresión, fomentar su autodeterminación y aumentar la imagen social ⁽⁹⁾. Por ello son necesarios los programas de intervención destinados a favorecer la autonomía en actividades de vida diaria ^(10, 11) ya que la participación en actividades

cotidianas satisfactorias y significativas contribuye a una mejor calidad de vida para las personas que tienen una enfermedad mental ⁽¹²⁾

Sin embargo, el desarrollo y puesta en marcha de intervenciones dirigidas a promocionar la autonomía en estas actividades debe partir necesariamente de una adecuada evaluación previa de las mismas. Dicha evaluación debe proporcionar información sobre el conjunto de actividades relevantes para un funcionamiento autónomo. Debe permitir conocer las fortalezas y limitaciones de la persona en aquellas habilidades que contribuyen al desempeño de roles sociales significativos.

De acuerdo con lo expuesto previamente la meta de este estudio fue evaluar el funcionamiento diario de personas con enfermedad mental grave y prolongada atendidas en distintos recursos de la provincia de Salamanca. Dicha información permitirá desarrollar y evaluar en un futuro programas de mejora que repercutan en una mayor autonomía. Se pretendían en concreto los siguientes objetivos:

- Evaluar el grado de desempeño en actividades de auto-cuidado, domésticas, en comunidad y sociales.
- Evaluar el grado de oportunidad en actividades de auto-cuidado, domésticas, en comunidad y sociales.

Metodología

Investigación cuantitativa. Estudio descriptivo. Aplicación de un instrumento de evaluación sobre el funcionamiento diario y grado de oportunidad para el desempeño de actividades de vida diaria.

Participantes

Participaron en el estudio 51 personas con diagnóstico de enfermedad mental grave y prolongada, residentes en la provincia de Salamanca, con edades comprendidas entre los 30 y los 94 años, siendo la media de edad de 61,25 años. La media de años de evolución de la enfermedad fue de 29,57 años. En las *tablas 1 y 2* se presentan las variables descriptivas de los participantes.

Tabla 1. Media y desviación típica de las variables edad y años de evolución de la enfermedad.

	Mínimo	Máximo	N	Media	DT
Edad	30	94	51	61,25	17,26
Años de evolución	de 2	67	46	29,57	19,25

Tabla 2. Frecuencia y porcentaje de las variables sexo, lugar de procedencia, estado civil, diagnóstico principal y recurso del que es beneficiario.

	N	%
sexo		
Hombre	27	52,9
Mujer	24	47,1
Lugar de procedencia		
Entorno rural	33	64,7
Entorno urbano	15	29,4
Estado civil		
Soltero	47	92,2
Divorciado	2	3,9
Viudo	2	3,9
Diagnóstico principal		
Esquizofrenia	25	49
Otros	26	51
Recurso al que acude		
Residencia	25	49
Unidad de rehabilitación	16	31,4
Otros	10	19,6

Como puede observarse más de la mitad de los participantes son hombres, en su mayoría solteros y nacidos en un pueblo. El diagnóstico principal de los participantes es la esquizofrenia, el resto presentan diagnósticos como trastorno bipolar y depresión entre otros. El recurso mayoritario al que acuden es la residencia, seguido de la unidad de rehabilitación y en menor medida de otros recursos entre los que se encuentran el piso tutelado, centro de día o ningún tipo de recurso.

Instrumentos

Para conocer el grado de desempeño ocupacional se utilizó la adaptación española de la *Escala Basic Everyday Living Schedule* (BELS)⁽¹³⁾. Evalúa el nivel de desempeño en 26 actividades divididas en 4 áreas; auto-cuidado, habilidades domésticas, habilidades comunitarias, actividades y relaciones sociales. Cada ítem se puntúa en un rango desde "0" (no realiza ninguna actividad o es necesaria una supervisión diaria) a "4" (nivel normal de realización). Además, evalúa el grado de oportunidad disponible para la realización de estas actividades, en un rango de "0" (ninguna oportunidad de independencia) a "2" (total oportunidad de independencia). Este instrumento cuenta con adecuadas propiedades psicométricas⁽¹⁴⁾

Se diseñó un cuestionario para recoger las variables sociodemográficas de interés, sexo (hombre/mujer) lugar de procedencia (entorno rural: si la persona había nacido en un pueblo o entorno urbano: si la persona había nacido en una ciudad), estado civil (soltero, divorciado o viudo), diagnóstico principal (esquizofrenia u otros) y recurso del que es beneficiario (residencia/Unidad de rehabilitación).

Procedimiento

Se contó con la colaboración de la trabajadora social de la residencia asistida provincial de Salamanca y del Psicólogo de la Unidad de Rehabilitación de Salud Mental, quienes se pusieron en contacto con los participantes.

Una vez reunidos, se explicaron los motivos del estudio a los participantes, que firmaron el consentimiento informado una vez resueltas todas las dudas. Para recoger los datos relacionados con el funcionamiento se concertaban entrevistas con los informadores de los participantes, en su mayoría Trabajador Social y Auxiliar de clínica.

Para recoger los datos socio-demográficos, sexo, lugar de procedencia, estado civil, diagnóstico principal y recurso del que es beneficiario se recurrió a las historias clínicas de los participantes.

Análisis

Para analizar los datos se utilizó en paquete SPSS v. 15. Se realizaron análisis descriptivos de las variables socio-demográficas (sexo, lugar de procedencia, estado civil, diagnóstico principal y recurso del que es beneficiario), nivel de autonomía y grado de oportunidad de las cuatro dimensiones que evalúa la BELS.

Resultados

Los resultados de los análisis descriptivos de las variables evaluadas mediante la escala BELS, indican la existencia de bajos niveles de autonomía en todas las dimensiones de la escala, como se puede apreciar en las puntuaciones medias de desempeño, iguales o inferiores a 2 sobre una posible puntuación de 4 (*ver tabla 3*). Como puede observarse la media de autonomía total es de (1,85) lo que estaría dentro del parámetro problema severo o necesidad frecuente de una sugerencia según la clasificación del BELS, si bien hay que destacar la gran variabilidad existente en esta muestra.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las variables del instrumento de evaluación BELS.

	N	Media	Desviación Típica
NIVEL DESEMPEÑO			
<i>Auto-cuidado</i>	51	2,09	1,65
<i>Domésticas</i>	51	1,52	1,69
<i>Habilidades comunitarias</i>	51	1,69	1,78
<i>Actividades y relaciones sociales</i>	51	1,99	1,62
AUTONOMÍA TOTAL	51	1,85	1,59
GRADO DE OPORTUNIDAD			
<i>Auto-cuidado</i>	51	1,44	,54
<i>Domésticas</i>	51	,952	,93
<i>Habilidades comunitarias</i>	51	1,01	,95
<i>Actividades y relaciones sociales</i>	51	1,72	,34

En concreto las actividades relacionadas con el auto-cuidado son las que presentan un mayor grado de autonomía, siendo las relacionadas con el cuidado doméstico, las que obtienen puntuaciones inferiores.

En cuanto al grado de oportunidad que los participantes tienen para realizar estas actividades, las relacionadas con el cuidado doméstico son las que presentan menor grado de oportunidad, estando en segundo lugar las relacionadas con el uso de la comunidad.

Discusión

Los resultados obtenidos confirman los datos obtenidos en otro estudio ⁽¹⁵⁾ en el que se refleja que las personas con enfermedad mental presentan carencias en el desempeño de actividades significativas de autonomía y vida en comunidad. Como muestran los resultados, las actividades relacionadas con el auto-cuidado son las que obtienen un mayor grado de autonomía, frente a las relacionadas con actividades más complejas como son el cuidado doméstico, o la vida social y en comunidad en las que los participantes obtienen puntuaciones más bajas. Como ponen de relieve diversos estudios, estas dificultades están relacionadas, entre otras variables, con las limitaciones que estas personas tienen en diversas funciones cognitivas ^(7, 16, 17, 18).

Otros estudios destacan y relacionan estas limitaciones con las dificultades presentes en este tipo de población para interactuar con los demás, cuidar de sí mismos, desempeñar un trabajo, uso de transporte público, cocina, cuidado de la vivienda y administración del dinero ^(19, 20).

En concreto, está comprobado que el tratamiento farmacológico actúa sobre los síntomas positivos, provocando una remisión total o parcial de éstos después de un episodio psicótico ⁽¹⁶⁾, pero no modifica los síntomas negativos ni influye en el funcionamiento psicosocial del paciente ⁽¹⁶⁾. Dado las dificultades señaladas, la recuperación de estos pacientes debe ir mucho más allá de la reducción de los síntomas ⁽²¹⁾. Así, como muestran muchos estudios la reducción de la gravedad de los síntomas psicóticos no lleva asociado un nivel satisfactorio de funcionamiento social ⁽²²⁾.

Es importante tener en cuenta que las limitaciones en la autonomía son el resultado de la interacción de las capacidades de la persona y de las características de los contextos donde estas se encuentran. En este sentido, como se aprecia en los resultados del estudio, los participantes, en especial los que viven en residencia asistida, disponen de pocas oportunidades para realizar actividades domésticas que puedan contribuir a la mejora de su desempeño en las mismas. Parece necesario entonces considerar la importancia de proporcionar, junto a los tratamientos farmacológicos, programas dirigidos a promover la realización de actividades que contribuyan a una mayor autonomía en estas áreas.

Actualmente se considera que la atención del paciente con enfermedad mental incluye la combinación de medicamentos antipsicóticos y programas de intervención psicosocial dentro de un conjunto de servicios que le permitan participar en la comunidad y realizar sus actividades diarias ^(16,23).

Conclusión

Este trabajo quiere servir de reflexión acerca de que la percepción de las personas con problemas de salud mental sobre su propia realidad siendo una variable que debe formar parte de cualquier tipo de intervención ⁽¹⁰⁾. Motivo por el cual hemos decidido examinar la realidad y recoger la información necesaria para poder diseñar posteriormente un programa de intervención eficaz, teniendo en cuenta esta evaluación previa. Así hubiese sido deseable disponer de un mayor número de participantes y de una muestra más diversa. También hubiese enriquecido el trabajo la evaluación de otras variables relevantes, como capacidades cognitivas y otras variables contextuales potencialmente responsables de los resultados obtenidos. Esperamos subsanar estas limitaciones en trabajos posteriores.

Agradecimientos

Por último queremos agradecer la colaboración a Carmen García Pérez, trabajadora social de la residencia asistida de Salamanca y a Desiderio López psicólogo de la unidad de rehabilitación de Salamanca. Y sobre todo, a los participantes del estudio.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001. P. 38
2. WICiP E. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Bull World Health Organ. 2000;78(4):413-26
3. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral. 2003;31(s1):3-24.
4. Bravo Ortíz, MF. (coord.) Hacia una atención comunitaria de Salud Mental de calidad. Cuadernos Técnicos, 4. Madrid: AEN, 2000.
5. Paganizzi L. Derechos de los enfermos mentales. La opinión de los propios usuarios. Comunicación presentada en: 5º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis, 2004
6. Grotle M, Brox J, Vollestad N. Cross-cultural adaptation of the Norwegian versions of the Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Index. J Rehabil Med 2003;35(5):241-7.
7. Rogers JC, Holm MB, Raina KD, Dew MA, Shih M-M, Begley A, et al. Disability in late-life major depression: Patterns of self-reported task abilities, task habits, and observed task performance. Psychiatry Res 2010;178(3):475-9.
8. Buchain PC, Vizzotto ADB, Henna Neto J, Elkis H. Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia. Rev Bras Psiquiatr 2003; 25(1):26-30
9. Lancioni GE, Singh NN, O'Reilly MF, Sigafos J, Tatulli E, Rigante V, et al. Technology-aided verbal instructions to help persons with mild or moderate Alzheimer's disease perform daily activities. Res Dev Disabil 2010 Nov-Dec;31(6): 1240-50.
10. Verdugo MA, Martín M. Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. Salud Ment 2002;25(4):68-77.
11. Díaz L, Ortega H, Leañes C, Rodríguez M, Rascón M, Valencia M, et al. La rehabilitación integral del paciente esquizofrénico en México: el modelo del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Grupo III. Salud Ment 2005;28(6):9-19.
12. Droulout T, Liraud F, Verdoux H. [Relationships between insight and medication adherence in subjects with psychosis]. Enceph 2002;29(5):430-7.
13. Eklund M. Work status, daily activities and quality of life among people with severe mental illness. Qual Life Res. 2009;18(2):163-70.
14. Castilla A, López M, Chavarría V et al. La carga familiar en una muestra de pacientes esquizofrénicos en tratamiento ambulatorio. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr 2001; 18 (68). 621-642.
15. Jiménez J, Torres F, Laviana M, Luna J, Trieman N, Richard C. Evaluación del funcionamiento de la vida diaria en personas con trastorno mental de larga evolución. Adaptación y fiabilidad de la versión española del "Basic Everyday Living Skills"(BELS). Actas Esp. Psiquiatri 2000;28(5):284-8.
16. Valencia C. Un programa de tratamiento psicosocial para pacientes psicóticos agudos. Psychiat 1988, 12:72-86.
17. Mausbach BT, Harvey PD, Pulver AE, Depp CA, Wolyniec PS, Thornquist MH, et al. Relationship of the Brief UCSD Performance-based Skills Assessment (UPSA-B) to multiple indicators of functioning in people with schizophrenia and bipolar disorder. Bipolar disord 2010;12(1):45-55.
18. Seter C, Giovannetti T, Kessler RK, Worth S. Everyday action planning in schizophrenia. Neuropsychol Rehabil 2011;21(2):224-49.
19. Harvey PD, Velligan DI, Bellack AS. Performance-based measures of functional skills: usefulness in clinical treatment studies. Schizophr Bull 2007;33(5):1138-48.
20. Swartz MS, Perkins DO, Stroup TS, McEvoy JP, Nieri JM, Haak DC.

- Assessing clinical and functional outcomes in the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trial. *Schizophrenia Bull* 2003;29(1):33.
21. 21. Hsieh PC, Huang HY, Wang HC, Liu YC, Bai YM, Chen KC, et al. Intercorrelations between the Personal and Social Performance Scale, cognitive function, and activities of daily living. *J nephrol*. 2011;199(7):513-5.
22. 22. Barak Y, Bleich A, Aizenberg D. Psychosocial remission in schizophrenia: developing a clinician-rated scale. *Compr psychiatry*. 2010;51(1):94-8.
23. 23. Williams RF, Doessel D. *The economics of mental health care*. Aldershot: Ashgate; 2001.