



## Artículo original

# Evaluación e intervención socioocupacional en pacientes con TAB y esquizofrenia, dentro del programa de intervención multimodal PRISMA



Ana M. Díaz Zuluaga<sup>a</sup>, Kelly Duica<sup>a</sup>, Carlos Ruiz Galeano<sup>a</sup>, Cristian Vargas<sup>a</sup>, Yuli Agudelo Berruecos<sup>b</sup>, Sigifredo Ospina<sup>b</sup> y Carlos López-Jaramillo<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Grupo de Investigación en Psiquiatría GIPSI, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

<sup>b</sup> Grupo de Epidemiología Hospitalaria, Hospital Universitario de San Vicente Fundación, Medellín, Colombia

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 9 de diciembre de 2015

Aceptado el 11 de enero de 2017

On-line el 21 de febrero de 2017

#### Palabras clave:

Terapia ocupacional

Trastorno bipolar

Esquizofrenia

Intervención multimodal

Funcionalidad

### R E S U M E N

**Introducción:** La mejoría en la funcionalidad de los pacientes con trastorno afectivo bipolar y esquizofrenia es una de las principales metas en el tratamiento. Sin embargo, no hay evidencia del efecto de la intervención socioocupacional dentro de una intervención multimodal (IM).

**Objetivo:** Describir el perfil socioocupacional y evaluar el efecto de un programa de IM en sujetos con trastorno afectivo bipolar tipo I y esquizofrenia.

**Métodos:** Se realizó un estudio longitudinal, prospectivo y terapéutico-comparativo con 302 pacientes (104 con esquizofrenia y 198 con trastorno afectivo bipolar), asignados aleatoriamente a un grupo de IM (psiquiatría, psicología, medicina, terapia ocupacional, neuropsicología y terapia de familia) o intervención tradicional (IT) (sólo medicina y psiquiatría). Se aplicaron instrumentos que midieron: asertividad, manejo del tiempo libre, habilidades sociales, ansiedad general, autocuidado y desempeño en tareas del hogar, trabajo y comunidad.

**Resultados:** Se identificó que la IM fue más efectiva que la IT en las puntuaciones de ansiedad general ( $p = 0,026$ ) y participación en las tareas del hogar ( $p = 0,03$ ) para los pacientes con esquizofrenia. En los pacientes con trastorno afectivo bipolar no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En las otras variables hubo mejoría durante el seguimiento, pero el efecto se observó en ambos grupos de tratamiento.

**Conclusiones:** El presente estudio identificó mejoría en la funcionalidad dentro del hogar en los pacientes con esquizofrenia después de recibir una IM; también se encontró mejora en otras variables, independientemente del tipo de tratamiento. Se deberá realizar futuros estudios con programas de mayor duración y otras estrategias más ecológicas con el fin de aclarar las dudas sobre la efectividad de las intervenciones.

© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [calberto.lopez@udea.edu.co](mailto:calberto.lopez@udea.edu.co), [grupopsiquiatria@udea.edu.co](mailto:grupopsiquiatria@udea.edu.co) (C. López-Jaramillo).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.01.006>

0034-7450/© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Evaluation and Socio-occupational Intervention in Bipolar and Schizophrenic Patients within a Multimodal Intervention Program-PRISMA

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Occupational therapy  
Bipolar disorder  
Schizophrenia  
Multimodal intervention  
Functionality

**Background:** Functional improvement in bipolar and schizophrenic patients is one of the main aims of treatment. Nevertheless, there is no evidence about the effect of socio-occupational intervention within a multimodal intervention (MI) programme.

**Objective:** To describe the socio-occupational profile and to evaluate the functional effect of a MI in bipolar I and schizophrenic patients.

**Methods:** A prospective, longitudinal, therapeutic-comparative study was performed including 302 subjects (104 schizophrenic and 198 Bipolar Disorder I [BDI] patients), who were randomised into two groups, multimodal (psychiatry, psychology, medicine, occupational therapy, neuropsychology, and family therapy), or traditional intervention (psychiatry and medicine only). Several scales were applied to assess assertiveness, free time management, social abilities, general anxiety, self-care and performance in home, work and community tasks.

**Results:** After performing the longitudinal analysis, it was shown that the multimodal intervention was more effective than traditional intervention in general anxiety scores ( $P=.026$ ) and development in home tasks ( $P=.03$ ) in schizophrenic patients. No statistical differences were found in bipolar patients. The other variables showed improvement, however, their effect was similar in both intervention groups.

**Conclusions:** Our study identified functional improvement in home tasks in schizophrenic patients after receiving multimodal intervention. Other variables also showed improvement for both interventions groups. Future studies, applying longer rehabilitation programs and other ecological strategies should be performed to identify the most effective interventions.

© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

El trastorno afectivo bipolar (TAB) y la esquizofrenia se han clasificado tradicionalmente dentro del grupo de los trastornos psiquiátricos mayores; a su vez, son 2 de las entidades más incapacitantes y que generan mayor número de consultas<sup>1</sup>. Ambos trastornos afectan a alrededor del 1% de la población mundial y generan un serio impacto en la calidad de vida de los pacientes y la red de apoyo de quienes las sufren<sup>1,2</sup>.

Actualmente se han estudiado los síntomas subumbrales y persistentes en periodos intercríticos, asociados a la afectación de la funcionalidad de los pacientes, lo que ha señalado la necesidad de nuevos enfoques terapéuticos para impactar en estos complejos aspectos de la enfermedad<sup>3,4</sup>; por eso en las últimas décadas se ha visto una tendencia a intervenciones multimodales (IM), que hacen referencia a múltiples intervenciones por un equipo interdisciplinario en apoyo de las medidas farmacológicas como piedra angular<sup>4</sup>. Este abordaje propone la intervención en las distintas dimensiones del ser humano, biológica, psicológica, familiar y social, y su objetivo es trabajar de manera coordinada y potenciar el impacto en cada una de estas esferas<sup>5</sup>.

Es conocido que la psicoeducación ayuda a reducir la recaída de numerosos trastornos psiquiátricos y mejorar la adherencia a los tratamientos e impacta positivamente en la calidad de vida de los pacientes<sup>6</sup>. La terapia ocupacional, en palabras de la Federación Mundial de Terapeutas

Ocupacionales (WFOT), se entiende como la profesión que se encarga de promover la salud y el bienestar a través de la ocupación y cuyo objetivo es trabajar con las personas y las comunidades, para mejorar sus habilidades y emplearse en la ocupación que quieran, necesiten o se espere por sus condiciones, o modificando la ocupación o el ambiente para mejorar su participación<sup>7</sup>. La visión actual de la salud mental ha incluido la intervención de numerosas profesiones relacionadas, entre ellas la terapia ocupacional, lo cual ha implicado un impacto a la economía de la sociedad, evidenciado en la reinserción de los pacientes, disminución en la estadía hospitalaria, aumento en la adherencia a tratamientos y mejores pronósticos<sup>8,9</sup>.

Por lo anterior, el grupo de investigación GIPSI de la Universidad de Antioquia, ha diseñado, en el marco del proyecto PRISMA, una IM y una intervención tradicional (IT) ofrecida a pacientes con TAB tipo I y esquizofrenia, para comparar los desenlaces primarios de ambas intervenciones. El presente artículo muestra los efectos de la IM, comparados con los de la IT, respecto a variables evaluadas desde la terapia ocupacional.

## Material y métodos

### Participantes

En el estudio se incluyó a 302 pacientes, de los que 104 tenían diagnóstico de esquizofrenia y 198, diagnóstico de TAB I; con base en este grupo, se realizó un estudio prospectivo,

longitudinal, terapéutico-comparativo y aleatorizado. Se seleccionó a los participantes de la población de consulta del Grupo de Trastornos del Ánimo y Psicosis del Hospital San Vicente Fundación, o de otras instituciones de la ciudad, y tenían que presentar algunos de los 2 diagnósticos anteriormente mencionados. Se asignó aleatoriamente a los pacientes a 2 grupos de intervención de la siguiente manera: el grupo de IM quedó conformado por 50 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y 100 pacientes con diagnóstico de TAB I; por otro lado, el grupo de IT contó con 54 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia y 98 con diagnóstico de TAB I.

El estudio se realizó en el marco del «Programa de salud mental con énfasis en reducción de la carga, el daño y el gasto social de la enfermedad mental-PRISMA», desarrollado por el grupo de investigación GIPSI de la Universidad de Antioquia, en colaboración con otras instituciones nacionales e internacionales. El reclutamiento y la posterior evaluación inicial de los pacientes se llevaron a cabo durante 2 años a partir de 2012 y la evaluación final se llevó a cabo en febrero de 2015.

Los criterios de exclusión incluyeron los antecedentes de terapia electroconvulsiva en los últimos 6 meses, traumatismo craneoencefálico grave en algún momento de la vida, comorbilidades neurológicas o psiquiátricas, discapacidad intelectual, autismo clásico y trastorno de la personalidad. Además, los pacientes debían cumplir con 5 criterios de inclusión para participar en el estudio: a) haber sido diagnosticado según la entrevista diagnóstica para estudios genéticos (DIGS)<sup>10</sup> de esquizofrenia o TAB I, validada previamente en Colombia; b) tener edad entre 18 y 60 años; c) tener un nivel de escolaridad de por lo menos 5 años de duración, pero no más de 16 años; d) firmar el consentimiento informado luego de la pertinente explicación y resolución de dudas por parte del investigador y haber aceptado así participar en el estudio, y e) encontrarse en buenas condiciones de salud procurando que el individuo pudiera realizar sin percances la batería de pruebas aplicadas.

Una vez que uno de los profesionales del equipo terapéutico explicaba los objetivos y los procedimientos del estudio, se procedía a la firma del consentimiento informado de cada participante. El presente estudio fue aprobado por los comités de bioética de las instituciones respectivas.

## Instrumentos

Las baterías de pruebas respectivas fueron aplicadas por cada componente en dos momentos, antes de la intervención y después de esta, con el fin de realizar una comparación entre ambos momentos según el grupo de intervención.

### Características clínicas

El diagnóstico de TAB I y esquizofrenia se realizó a través de la DIGS, traducida al español y validada para Colombia<sup>10</sup>, lo cual permite registrar la información exacta para confirmar el diagnóstico principal y descartar comorbilidades psiquiátricas con base en los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, Cuarta Edición, Texto Revisado (DSM-IV-TR)<sup>11</sup>. Un psiquiatra con experiencia en investigación aplicó el instrumento.

Además, según la enfermedad, se aplicaron diversas escalas para determinar otras variables clínicas. Los pacientes con diagnóstico de TAB I fueron evaluados con la escala de

Depresión de Hamilton de 17 ítems (HDRS)<sup>12,13</sup> y la escala de Manía de Young (YMRS)<sup>14,15</sup>, ambas validadas al español. Por su parte, a los sujetos con diagnóstico de esquizofrenia se les aplicó la escala para la evaluación de síntomas negativos (SANS) y la escala para la evaluación de síntomas positivos (SAPS)<sup>16</sup>. A todos los sujetos se les aplicó la Escala de Evaluación de Actividad Global (EEAG)<sup>17</sup> en el último mes y en el peor momento del último episodio.

### Terapia ocupacional

Los instrumentos utilizados en el componente de terapia ocupacional se eligieron según la categoría en estudio: asertividad, desempeño en rutinas diarias y habilidades sociales. De esta manera, se incluyeron:

*Historia ocupacional.* Es un documento que registra datos generales del paciente, su historia académica (incluidos nivel educativo, repitencia escolar, deserción y motivo de esta), historia laboral (trabajos realizados, nivel de calificación, tiempo de permanencia y causal de retiro), actividades de ocio e independencia personal; esta se evaluó elaborando un formato en el que se obtenía la información acerca del desempeño en el autocuidado, actividades de higiene, vestido, alimentación y actividades de la vida cotidianas, instrumentales en el hogar y comunicación, identificando hábitos y rutinas, así como utilización de la comunidad y capacidad de desenvolverse en su entorno inmediato<sup>9</sup>.

*Cuestionario de desempeño de las tareas rutinarias.* Este cuestionario, realizado por Kielhofner<sup>18</sup>, se basa en el modelo de la ocupación humana por el que con la historia ocupacional se logra identificar los patrones ocupacionales del paciente; sus puntos fuertes y sus puntos que mejorar. Este modelo considera 5 áreas relevantes de evaluación: organización de rutinas diarias, verificando si existe equilibrio entre trabajo, juego y actividades de la vida diaria; papeles o roles, identificando los que se mantienen en la vida del paciente (estudiante, hijo, padre, trabajador, entre otros), el equilibrio y las expectativas en relación con estos; intereses y valores identificándolos y observando la profundidad con que se desarrollan ordinariamente; percepción y asunción de habilidades, según la percepción del paciente de sus habilidades y limitaciones, y el área de influencia ambiental, que incluye el agregado de fenómenos que rodean al paciente y cómo influyen en el desarrollo y la existencia de este, teniendo en cuenta factores humanos (individuos y grupos) y no humanos (condiciones físicas, cosas e ideas). En esta escala, la cultura, la religión, la raza y la familia van a influir en cómo se desarrollan las interacciones sociales.

*Gran inventario de asertividad.* Adaptado al español por Carrobbles, Costa y del Ser (1975), este instrumento consta de 40 ítems, que plantean diferentes situaciones sociales en las que se espera que se genere una respuesta de asertividad en el individuo. Incluye 2 escalas: una que evalúa el malestar subjetivo y ansiedad que puede producir cada situación y otra que evalúa de qué manera va a responder a ella. Así, se puede conocer cuáles son los planteamientos de interacción social que suponen mayor dificultad para el paciente y de qué manera este respondería a dichas situaciones.

*Entrevista semiestructurada dirigida para habilidades sociales.* Esta herramienta ayuda a identificar cuáles son las situaciones sociales específicas que resultan problemáticas al paciente,

seleccionando los factores que pueden haber provocado que su conducta social se torne poco habilidosa. Además, permite acercarse a la percepción del paciente sobre su situación actual, a conocer sus expectativas y sus deseos de modificar dichas actitudes. Igualmente, al ser una entrevista que facilita la observación del paciente al interactuar, se puede apreciar aspectos del lenguaje verbal y no verbal, como la fluidez, el tono, la expresión facial, el contacto ocular y su apariencia personal<sup>19</sup>.

*Escala multidimensional de expresión social: partes motora y cognitiva (EMES-M, EMES-C).* Estas 2 escalas evalúan de manera general la habilidad para la interacción social del paciente y, además, permite conocer la habilidad social específica para cada una de las situaciones que se plantean en los diferentes ítems que comprenden las escalas. La EMES-M se dirige exclusivamente a las conductas consideradas socialmente adecuadas e incluye 64 ítems agrupados en 12 diferentes situaciones sociales planteadas. Por su lado, la EMES-C consta de 44 ítems y evalúa los pensamientos negativos del paciente con respecto a diferentes situaciones sociales planteadas<sup>19</sup>.

*Escala de estrés y evitación social (SAD).* Este instrumento cuenta con 28 ítems y permite evaluar la presencia de conductas de evitación activa de la interacción social o presencia de deseos de evitar dicha interacción, indagando además por el malestar subjetivo que diferentes situaciones de interacción social pueden producir en el paciente<sup>20</sup>.

### **Procedimiento de evaluación por terapia ocupacional**

Además de la entrevista realizada por psiquiatría y por el resto del equipo multidisciplinario, se evaluó al inicio y al final de la intervención la funcionalidad general de todos los pacientes en los ámbitos social, familiar y laboral, así como su capacidad ocupacional. Esta evaluación inicial se utilizó para diseñar el plan de intervención de cada paciente y se adaptó a las necesidades.

La evaluación ocupacional se diseñó a partir del modelo de la ocupación humana explicado anteriormente. El terapeuta ocupacional, al analizar los resultados obtenidos en las diferentes áreas evaluadas, determinó específicamente cuáles son los componentes implicados en la alteración del desempeño ocupacional de cada paciente, incluidos: a) componentes de desempeño funcional, y b) áreas de desempeño ocupacional.

### **Intervención**

#### *Intervención multimodal frente a intervención tradicional*

Llevaron a cabo la IM profesionales de diferentes áreas de la salud, como psiquiatría, psicología, neuropsicología y rehabilitación neuropsicológica, terapia de familia, terapia ocupacional y medicina general. Cada componente aplicaba su batería de pruebas para evaluar y determinar el estado del paciente, y así establecer una estrategia terapéutica basada en las necesidades individuales. De esta manera, se estableció un número determinado de consultas ambulatorias para cada sujeto, el cual varió de 12 a 18 sesiones. Para efectos del presente artículo, se hace énfasis en el componente de terapia ocupacional. Además, cada participante, junto con su familia, recibió psicoeducación durante 10 sesiones con periodicidad semanal.

Por su parte, la IT contaba con la atención por medicina general y psiquiatría, que brindaron 1-2 visitas durante el periodo establecido para el tratamiento de enfermedad mental, enfermedades físicas, detección de comorbilidades médicas y promoción de estilos de vida saludable. El modelo de atención tradicional trató de semejarse al modelo de salud ofrecido actualmente por el sistema de salud colombiano.

#### *Intervención por terapia ocupacional*

Al igual que los demás componentes de intervención, se basó en las necesidades específicas identificadas en la evaluación inicial de cada paciente. De esta manera se estableció un plan estratégico de intervención según la clasificación propuesta por el Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional<sup>21</sup>: los pacientes con funcionamiento adecuado, que eran autónomos en sus actividades cotidianas y desarrollaban alguna actividad laboral, académica o de rol, recibieron al menos 2 sesiones de intervención; los pacientes que requieren orientación socioocupacional, que eran capaces de vincularse en actividades académicas y laborales pero requerían apoyo y orientación, recibieron 4-8 sesiones; los pacientes que requieren orientación para el adecuado uso del tiempo libre, que requerían asistencia en el desarrollo de habilidades personales y sociales para un adecuado uso de recurso comunitarios, y los pacientes que requieren ubicación familiar, que requerían orientación para mejorar su participación en las tareas del hogar, dirigida a brindar apoyo al cuidador para favorecer la integración familiar, recibieron al menos 4 intervenciones y los pacientes que requieren fomentar la independencia personal, que tenían predominio de síntomas negativos, recibieron un máximo de 6 sesiones de intervención dirigida a la integración familiar y la autonomía en el cuidado personal.

Cada intervención por terapia ocupacional debía estar dirigida a una meta, tener significado en algún nivel para el paciente, involucrar la participación de este y su familia, ser un instrumento para prevenir la disfunción y/o mantener o mejorar la función y la calidad de vida del paciente, reflejar la participación de este en tareas vitales, relacionarse con los intereses del paciente y ser adaptable y graduable. De esta manera, el propósito era producir una respuesta calculada del paciente ante la actividad que se aplicaba según los objetivos del tratamiento. Dependiendo de estos, la actividad puede proporcionar el medio de incrementar la fuerza, fomentar la interacción social, disminuir la ansiedad o estimular la función cognitiva. Estas actividades pueden graduarse, secuenciarse, monitorizarse y ser facilitadoras, protectoras o adaptativas.

Según estos objetivos, el profesional ofrecía una orientación ocupacional teniendo en cuenta las habilidades del paciente y su respaldo social, lo que permite el uso de las herramientas del ambiente que permitieran su reintegración y desarrollo. Además, se generaban estrategias de motivación del paciente, según sus gustos, para la adecuada realización de las actividades rudimentarias.

En cuanto a las habilidades sociales, se realizaban intervenciones grupales, de 8 pacientes como máximo, con un número de sesiones entre 6 y 12. Este proceso se realizó por fases:

*Fase I: adquisición de facilitadores.* En esta fase se realizó un entrenamiento en respiración y relajación, se trabajaron los componentes verbales, no verbales y paralingüísticos de

las habilidades sociales y se realizó la adquisición de conocimientos y distinción entre conductas asertivas, no asertivas y agresivas de cada paciente.

*Fase II: reestructuración cognitiva.* En esta fase se pretendía identificar pensamientos e ideas irracionales y las autoverbalizaciones negativas, y refutar las creencias irracionales.

*Fase III: entrenamiento en habilidades sociales.* En esta fase se daban las instrucciones a los pacientes, se realizaba un modelado y un ensayo conductual para finalmente dar retroalimentación y refuerzo de los hallazgos positivos y hallazgos que mejorar, y se dejaban tareas para el hogar.

### **Análisis estadístico**

Para la descripción de las variables cuantitativas sociodemográficas y clínicas se utilizaron medidas de tendencia central (media aritmética), medidas de posición (mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar e intervalo intercuartílico). En el reporte de las variables cualitativas, se utilizaron frecuencias absolutas y proporciones. En las variables cualitativas, se evaluó la normalidad en la distribución utilizando la prueba de Shapiro-Wilk y se midió la independencia (con respecto a grupos y subgrupos) mediante la prueba de la  $\chi^2$  y la prueba de razón de verosimilitud (*Log likelihood ratio statistic*).

Se describieron las variables sobre las frecuencias observadas absolutas tanto de TAB como de esquizofrenia mediante tablas de contingencia (datos cualitativos), en las que se detallaron perfiles columna para el análisis de muestras independientes dentro de cada tiempo y perfiles fila para muestras dependientes entre cada tiempo y cada afección.

Se realizó el análisis con los datos en 2 etapas; para los datos dependientes o muestras relacionadas (evaluaciones inicial y final) se utilizó el estadístico de McNemar (datos 2 x 2) y McNemar-Browker (para datos P x P) para medir las diferencias entre los 2 tiempos (contrastar hipótesis sobre igualdad de proporciones) en cada variable estudiada (muestras dependientes). Para las variables a las que el estadístico de McNemar no era aplicable (p. ej.,  $b + c = 0$ ), se utilizó la prueba de homogeneidad marginal para muestras dependientes. Para las muestras independientes (cada uno de los tiempos, inicial y final) se utilizó el estadístico  $\chi^2$  de Pearson. También se utilizó el estadístico corrección por continuidad cuando aquel no cumplía los requisitos de tamaño mínimo esperado por nivel (máximo,  $25\% < 5$ ).

## **Resultados**

Durante la ejecución del proyecto se presentaron 43 pérdidas en total, por diferentes motivos como pérdida en el seguimiento o retiro voluntario de la investigación. No se presentaron daños o efectos no intencionados en ninguno de los grupos de intervención.

### **Características demográficas de los pacientes con TAB y esquizofrenia**

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables sociodemográficas: el 83,5% de los pacientes con esquizofrenia son varones, y el 67,8% de los pacientes con TAB

son mujeres, con edades promedio de 37 y 43 años respectivamente. Del grupo de pacientes con esquizofrenia, el 96% eran solteros; el 50%, desempleados y solo un 26% reportaba tener estudios superiores (técnicas, tecnologías o profesión). En el grupo de pacientes con TAB se encontró que un 59% eran solteros; el 20%, desempleados, y un 40% tenía estudios superiores terminados.

### **Diferencias en las variables clínicas de los pacientes con TAB y esquizofrenia**

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas enfermedades en el número de hospitalizaciones ( $p = 0,026$ ), la edad de inicio del abuso de sustancias/psicoactivos ( $p = 0,004$ ) y en la calificación en la escala de evaluación de actividad global en el último mes ( $p = 0,001$ ). De esta manera, el grupo de pacientes con esquizofrenia mostró un promedio de 2 hospitalizaciones en la vida, el 15% con antecedente de abuso de alcohol y el 31% con abuso de sustancias psicoactivas; la edad promedio de inicio del consumo de alcohol fue 18 años y la de inicio del abuso de sustancias psicoactivas, 16. Además, el promedio de las escalas de SANS y SAPS fueron 9 y 45, con una puntuación en la escala de funcionalidad global en el mes anterior de 55.

En cuanto al grupo de sujetos con TAB, se encontró un promedio de 2,5 hospitalizaciones, un promedio de 2 episodios de manía/hipomanía, antecedente de intentos suicidas en el 29%, antecedente de abuso de alcohol sustancias/drogas en el 26% y un promedio en la escala de funcionalidad en el último mes de 80 puntos.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en las variables abuso de alcohol ( $p = 0,602$ ), abuso de sustancias psicoactivas ( $p = 0,455$ ), antecedentes de intentos suicidas ( $p = 0,204$ ) y edad de inicio de abuso de alcohol ( $p = 0,86$ ).

### **Características demográficas y clínicas de los subgrupos de pacientes con TAB y esquizofrenia según tipo de intervención**

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de escolaridad del grupo con TAB que recibió IM, en el que el 50% de los pacientes estaban clasificados con algún grado de estudio superior, en comparación con el grupo de TAB que recibió IT, en el que solo un 29% tenía algún grado de estudio superior ( $p = 0,044$ ).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de las escalas de Hamilton y Young en los subgrupos de pacientes con TAB y las de las escalas SAPS y SANS de los pacientes con esquizofrenia. Lo mismo sucedió con la escala de funcionalidad en el último mes entre los pacientes del subgrupo de IM e IT con ambas enfermedades.

### **Diferencias en el desempeño socioocupacional de los pacientes con TAB y esquizofrenia después del programa de intervención multimodal PRISMA**

#### **Inventario de asertividad**

No se encontraron diferencias entre los grupos asignados a ambas intervenciones en el tiempo inicial y el tiempo final en



la puntuación de asertividad. Tampoco se encontró diferencia significativa entre ambos tiempos de evaluación de los pacientes del grupo de esquizofrenia ( $p = 0,795$ ) y del grupo de TAB ( $p = 0,858$ ).

Respecto a la variación de categorías en el tiempo, en el grupo de pacientes con esquizofrenia, los ubicados inicialmente en la categoría «No asertivos» permanecieron en su mayoría sin variación (54,8%) y se observó además un cambio importante hacia la categoría «Realizador ansioso» (22,6%); los pacientes ubicados inicialmente en la categoría «Asertivos» presentaron un comportamiento similar, la mayoría permaneció sin variación (54,5%) y el 22,7% pasó a la categoría «Realizador ansioso»; quienes se ubicaron inicialmente en la categoría «Realizador ansioso» presentaron un cambio importante de categoría hacia «No asertivos» (41,7%) y «Asertivos» (33,3%), y entre los ubicados inicialmente en la categoría «Despreocupados» hubo un cambio importante hacia «No asertivos» (50%).

En el grupo de pacientes con TAB, la mayoría de los ubicados en la categoría «No asertivos» permanecieron en ella (47%), con un cambio relevante hacia «Realizador ansioso» (30,8%); la mayoría de quienes se ubicaron inicialmente en «Asertivo» continuaron en la misma categoría (65,9%). Entre los ubicados inicialmente en «Realizador ansioso», hubo un cambio importante hacia «No asertivo» (41,7%) y «Asertivo» (33,3%), y entre los ubicados inicialmente en la categoría «Despreocupados», hubo un cambio importante hacia «No asertivos» (50%).

No se encontraron cambios significativos entre los 2 momentos de evaluación de cada una de las intervenciones. La estabilidad en las clasificaciones, tanto en la variación de estas en el tiempo como en la comparación entre cada intervención en ambos momentos de evaluación, indica que ninguna de las 2 intervenciones propuestas fue relevante para la variable de inventario de asertividad.

#### Autocuidado

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de autocuidado entre los subgrupos de los pacientes con TAB y entre los pacientes con esquizofrenia, tanto en la evaluación inicial como en la final. Llama la atención que en ninguno de los casos hubo pacientes clasificados en la variable «dependiente», y en el caso de TAB, solo hubo 1 paciente clasificado «con apoyo» al inicio, que en la evaluación final fue clasificado en la variable «independiente». Tampoco se encontró una diferencia significativa que evidenciara cambios importantes de categoría entre ambos tiempos de evaluación entre los pacientes del grupo de esquizofrenia ( $p = 0,5$ ) ni en el grupo de TAB ( $p = 1$ ).

Los resultados indican que los pacientes con TAB pueden alcanzar mejores metas de autocuidado que los pacientes con esquizofrenia, pero la poca variación en los datos apunta a que tanto la IT como la IM tienen poco impacto en la clasificación de autocuidado de los pacientes.

#### Participación en tareas en el hogar

Al inicio de la evaluación no se encontraron diferencias en la variable de participación en tareas en el hogar entre los grupos de pacientes con esquizofrenia en la variable de participación de tareas en el hogar ( $p = 0,149$ ), pero en la evaluación final se encontró una diferencia significativa ( $p = 0,03$ ). Luego de hacer

el análisis longitudinal entre ambos tiempos de evaluación, esta diferencia fue significativa en el grupo de esquizofrenia que recibió la IM. En el grupo de TAB no hubo variaciones significativas entre las evaluaciones inicial ( $p = 0,904$ ) y final ( $p = 0,951$ ).

Los pacientes del grupo de esquizofrenia y quienes inicialmente fueron asignados a la variable «dependiente», asignados a IM (14,3%), fueron posteriormente clasificados en otras categorías en su totalidad para la evaluación final (0%), patrón que no se repitió en el grupo de IT.

Vale la pena anotar que en este grupo, tras ambos tratamientos, la mayoría de los pacientes clasificados como «independientes» permanecieron en esta categoría y el 18,5% migró a la categoría «Con apoyo»; la mayoría de los pacientes clasificados como «Dependientes» fueron ubicados después en las variables «independiente» (42,9%) y «Con apoyo» (42,9%).

Los pacientes del grupo de TAB que iniciaron en la clasificación como «Independientes» permanecieron en esta en su mayoría (95,2%); los clasificados en la variable «Con apoyo» presentaron una migración importante hacia la categoría «Independiente» (59%), y muchos de quienes iniciaron en la categoría «Dependiente» migraron a las categorías «Independiente» (60%) y «Con apoyo» (40%). Se debe resaltar que en este grupo no hubo pacientes clasificados como «Dependiente» en la evaluación final.

Este patrón indica un resultado favorable para los pacientes con esquizofrenia que recibieron la IM; sin embargo, en la IT también se encontraron resultados positivos.

#### Utilización en la comunidad

No se encontraron diferencias entre ambas intervenciones en la evaluación inicial de los pacientes con esquizofrenia ( $p = 0,327$ ) y TAB ( $p = 0,746$ ); lo mismo sucedió en la evaluación final. No se encontró una diferencia significativa que mostrara cambios importantes de categoría entre ambos tiempos de evaluación de los pacientes del grupo de esquizofrenia ( $p = 0,38$ ), y tampoco en el grupo de TAB ( $p = 0,227$ ).

#### Utilización del tiempo libre

No se hallaron diferencias en la utilización del tiempo libre entre los subgrupos de pacientes (IM e IT) en ninguno de los 2 tiempos de evaluación. Se encontraron cambios significativos de categoría entre ambos tiempos de evaluación de los pacientes del grupo de esquizofrenia ( $p < 0,001$ ) y del grupo de TAB ( $p < 0,001$ ). Asimismo la mayoría de los pacientes con esquizofrenia que inicialmente fueron clasificados en «Adecuado» permanecieron sin cambio (81%) y los demás cambiaron a «Limitado» (19%); quienes iniciaron en la clasificación «Limitado» tuvieron un cambio importante hacia adecuado (45,9%).

La mayoría de los pacientes con TAB clasificados en «Adecuado» permanecieron en esta clasificación (92,9%), y la mayoría de quienes iniciaron en «Limitado» cambiaron a «Adecuado» (45,9%). Vale la pena resaltar que en ambos casos los pacientes han podido mejorar en cuanto al parámetro de clasificación de tiempo libre; al no encontrarse diferencias en los resultados de cada tiempo de evaluación entre ambas terapias, se puede decir que ambos tratamientos son efectivos para esta variable.

### Habilidades sociales

Las puntuaciones de habilidades sociales fueron similares entre los pacientes asignados a la IM y la IT al inicio y al final del estudio. Luego de hacer el análisis longitudinal, se encontró una diferencia significativa que muestra cambios de categoría entre ambos tiempos de evaluación entre los pacientes del grupo de esquizofrenia ( $p = 0,025$ ) y los del grupo de TAB ( $p < 0,001$ ).

La mayoría de los pacientes del grupo de esquizofrenia inicialmente clasificados en la categoría «Muy inapropiado» continuaron en ella (75,4%) y el 24,6% se reclasificó en «Normal»; de igual manera, el 81,8% de quienes fueron clasificados «Normal» inicialmente persistieron en esa categoría. Entre los pacientes con TAB clasificados en la categoría «Muy inapropiado», hubo variaciones hacia la categoría «Normal» (63,6%); los clasificados inicialmente en la categoría «Normal» persistieron en la misma categoría (80,4%); ninguno fue clasificado en la categoría «Muy apropiado». En la comparación no hubo diferencias en los 2 tiempos de evaluación frente a las categorías para los dos tipos de intervención.

Los pacientes de ambos grupos mejoraron en cuanto al parámetro de clasificación de tiempo libre, y lo hicieron en ambos tipos de terapia. Esto indica que posiblemente ambos tratamientos puedan ser efectivos para mejorar esta variable.

### Ansiedad general

Se encontró una variación entre ambas intervenciones en el grupo de esquizofrenia, que en la evaluación inicial no era significativa ( $p = 0,462$ ) y en la final sí ( $p = 0,026$ ); en el grupo de TAB no se registraron diferencias estadísticamente significativas.

Se identificó una diferencia significativa con cambios de categoría entre ambos tiempos de evaluación de los pacientes del grupo de esquizofrenia ( $p = 0,014$ ) y del de TAB ( $p = 0,04$ ). Los pacientes del grupo de esquizofrenia y quienes inicialmente fueron asignados a la variable «Muy inapropiado» y a IM (45,8%) presentaron una disminución en la evaluación final (33,3%); así los pacientes de este grupo de intervención asignados a la variable «Normal» en la evaluación inicial (54,3%) presentaron un aumento en la evaluación final (57,1%).

En el grupo de TAB, los pacientes inicialmente tratados con IM y asignados a la variable «Muy inapropiado» en la evaluación inicial (48,6%), en la evaluación final se redujeron (33,3%), en comparación con quienes fueron tratados con IT tanto en la evaluación inicial (51,4%) como en la evaluación final (66,7%). Los pacientes asignados a la variable «Normal» presentaron inicialmente una distribución similar entre la IM (50,8%) y la IT (49,2%); para la evaluación final no hubo cambios significativos en IM (51%) ni en IT (49%).

Los pacientes del grupo de esquizofrenia muestran diferencias significativas entre ambos tratamientos; los resultados son más favorables para quienes reciben la IM.

### Atractivo físico

No se encontró una diferencia significativa entre ambos tiempos de evaluación de los pacientes del grupo de esquizofrenia ( $p = 0,366$ ) y del grupo de TAB ( $p = 0,549$ ) en la variable de atractivo físico. A pesar de que los pacientes del grupo de TAB en su evaluación inicial presentaron una diferencia significativa, en el momento final no se mantuvo esta diferencia. Los

resultados indican que las 2 intervenciones posiblemente sean similares en la variable de atractivo físico.

## Discusión

Se compararon las puntuaciones en las escalas de terapia ocupacional en el momento inicial entre los pacientes asignados a IM y los que recibieron IT, y se identificó que los grupos de pacientes eran muy similares al inicio del estudio, lo que está a favor de un buen proceso de aleatorización. No se hallaron diferencias significativas en las puntuaciones de asertividad, autocuidado, utilización en la comunidad, utilización del tiempo libre, participación en tareas del hogar, habilidades sociales y ansiedad general en la evaluación inicial. En la variable de atractivo físico de los pacientes con TAB, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo que recibió IM y los de IT al inicio del estudio ( $p = 0,043$ ). Las puntuaciones de los pacientes con esquizofrenia de ambos grupos eran muy similares en esta variable.

En la etapa final, la IM en comparación con la IT mostró mejoras estadísticamente significativas en las puntuaciones de ansiedad general ( $p = 0,026$ ) y participación en las tareas del hogar ( $p = 0,03$ ), principalmente de los pacientes con esquizofrenia. Cuando se hizo el análisis de comparación entre las puntuaciones de las escalas entre los momentos inicial y el final, se identificaron cambios en la utilización del tiempo libre y habilidades sociales tanto en los grupos que recibieron la IM como en los que fueron expuestos a la IT. Es decir, ambas intervenciones se mostraron efectivas en esas variables. Este efecto también se observó en la variable de utilización del tiempo libre en los pacientes con TAB.

La mejora en la participación de las tareas del hogar de los pacientes con esquizofrenia parece ser independiente de los síntomas positivos y negativos. En el análisis entre periodos, es decir, entre los momentos inicial y final, se observaron diferencias significativas en la escala de síntomas negativos SANS en ambas intervenciones, y la escala de síntomas positivos SAPS permaneció sin cambios. Es decir, no hubo un efecto de la IM en las puntuaciones de síntomas, pero sí hubo diferencias en la funcionalidad dentro del hogar. Este hallazgo muestra que las metas de funcionalidad no siempre están asociadas a la reducción de síntomas, y que se debe ofrecer estrategias diferentes de las farmacológicas para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

En nuestro estudio se identificó un deterioro importante del perfil socioocupacional de los pacientes con TAB y esquizofrenia, acorde con lo observado en la práctica clínica y los estudios sobre funcionalidad. Un metanálisis publicado en 2014 identificó que la historia familiar de psicosis se asocia con un pobre desempeño funcional y ocupacional<sup>22</sup>, por lo que toda estrategia terapéutica que se realice en los trastornos psicóticos debe incluir como meta final la mejoría funcional. No solamente en los pacientes con antecedentes de psicosis se ha descrito este deterioro de la funcionalidad; según los reportes, un 30-60% de los pacientes con TAB no logran una recuperación funcional completa en los dominios social y laboral<sup>23</sup>.

Es posible que no se hayan identificado cambios significativos en el desempeño ocupacional de los pacientes que

estuvieron expuestos a la IM por varias razones: el deterioro de la funcionalidad de los pacientes con esquizofrenia y TAB generalmente se asocia con la gravedad de la enfermedad, los síntomas cognitivos o negativos y la presencia de síntomas residuales<sup>2,24</sup>. Los patrones conductuales disfuncionales de los pacientes se han reforzado largo tiempo, y es posible que una intervención ocupacional de pocas sesiones no logre tener un efecto tan fuerte en este tipo de población; además, todas las intervenciones se realizaron en consultorio y muchas de ellas fueron individuales; por el diseño del programa, no se pudo realizar intervenciones grupales, en comunidad o en talleres. La modalidad individual tiene sus limitaciones, pues no facilita la aplicación de las estrategias en vivo ni favorece la observación directa de las habilidades del paciente. Otro factor que posiblemente interfiriera con el resultado final de la intervención fue la duración del programa; algunos autores han planteado que, en población con marcado deterioro funcional, pueden ser necesarias hasta 30 sesiones para lograr cambios clínicamente observables. En el programa PRISMA, los pacientes podían recibir entre 8 y 12 sesiones individuales, en las que también recibían otras intervenciones como las de psiquiatría y psicología, por lo que la intensidad de la intervención quizá fuera menor que la necesaria para el paciente.

En estudios previos en pacientes con esquizofrenia, se ha observado una mejora de la asertividad, de los niveles de ansiedad social y de la satisfacción con la comunicación interpersonal después de recibir un entrenamiento dirigido. Estos resultados se reportaron después de la intervención y a los 3 meses de seguimiento. Es posible que nuestro estudio no haya mostrado cambios significativos en las puntuaciones de asertividad porque, si bien se incluyó un entrenamiento en habilidades sociales dentro del programa de IM, su duración y su intensidad fueron menores que lo observado en otros estudios<sup>25</sup>.

Teniendo en cuenta los síntomas negativos del paciente con esquizofrenia y las limitaciones observadas en la adherencia al tratamiento y la asistencia a las sesiones, se han propuesto otros modelos de intervención diferentes de los tradicionales, que habrá que evaluar en estudios posteriores, como por ejemplo la *Functional Redemation*<sup>26</sup> para el TAB y el tratamiento asertivo comunitario<sup>27</sup> para la esquizofrenia. Estrategias como las que plantea el tratamiento asertivo comunitario podrían tener un impacto más fuerte en la funcionalidad; este tipo de abordaje pretender ofrecer asistencia a las personas con enfermedad mental grave y centrar su campo de acción en un entorno social cercano al paciente y basado principalmente en un intervención comunitaria<sup>27</sup>. Es posible que estudios posteriores, con programas de intervención más largos y con estrategias de rehabilitación más ecológicas, obtengan mayor impacto en la funcionalidad general de los pacientes.

---

## Conclusiones

Los grupos aleatorizados al inicio del estudio eran muy similares según las variables evaluadas en terapia ocupacional. Después de hacer el análisis longitudinal, se identificó que la IM PRISMA fue más efectiva que la IT en los pacientes con esquizofrenia, específicamente en cuanto a ansiedad

general ( $p = 0,026$ ) y participación en las tareas del hogar ( $p = 0,03$ ). Estas diferencias no se observaron en otras variables como, por ejemplo, la utilización del tiempo libre y la asertividad. Este estudio no mostró un efecto estadísticamente significativo de la IM en los pacientes con TAB. Desde el punto de vista cualitativo, los profesionales del programa PRISMA observaron cambios significativos en ambos grupos de pacientes y una mejora en la funcionalidad general; el programa tuvo alta aceptación entre los pacientes y hubo un buen acompañamiento por las familias. Estos hallazgos descriptivos muestran la necesidad de dar seguimiento a esta población para poder evaluar el efecto de la intervención a mediano y largo plazo. Se propone que los estudios posteriores en este campo también incluyan metodología cualitativa y que el programa de intervención ocupacional pueda tener más estrategias en comunidad, las cuales posiblemente sean más efectivas que las intervenciones intramurales.

---

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

---

## Financiación

Este proyecto fue financiado por COLCIENCIAS, CODI-Universidad de Antioquia y Hospital Universitario de San Vicente Fundación.

---

## Conflicto de intereses

Ninguno.

---

## Agradecimientos

Los autores agradecen a COLCIENCIAS, CODI, Universidad de Antioquia, Hospital Universitario de San Vicente Fundación y PRISMA U.T.

---

## BIBLIOGRAFÍA

- Grande I, Berk M, Birmaher B, Vieta E. Bipolar disorder. *Lancet*. 2015;6736:1-12.
- Vieta E, Reinares M, Rosa A. Staging bipolar disorder. *Neurotox Res*. 2011;19:279-85.



3. Ciceri CG, Franco JG. Terapia cognitivo conductual en esquizofrenia: una revisión narrativa de la literatura 165 S. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2008;37:164-74.
4. Scott J, Colom F. Psychosocial treatments for bipolar disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2005;28:371-84.
5. Kurzban S, Davis L, Brekke JS. Vocational, social, and cognitive rehabilitation for individuals diagnosed with schizophrenia: a review of recent research and trends. *Curr Psychiatry Rep.* 2010;12:345-55.
6. Rummel-Kluge C, Kluge M, Kissling W. Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: results of two surveys five years apart in German-speaking European countries. *BMC Psychiatry.* 2013;13:170.
7. Statement on occupational therapy. World Federation of Occupational Therapists; August 2011;1. Disponible en: [http://www.wfot.org/Portals/0/PDF/STATEMENT\\_ON\\_OCCUPATIONAL\\_THERAPY\\_300811.pdf](http://www.wfot.org/Portals/0/PDF/STATEMENT_ON_OCCUPATIONAL_THERAPY_300811.pdf)
8. Eberhard A, Torrico P. Terapia Ocupacional en Salud Mental de corta estadía en clínica de atención primaria. Occupational therapy in short term mental health care in a private clinic. *Rev Chil Ter Ocup.* 2013;13:45-55.
9. Durante P, Noya B. Terapia ocupacional en salud mental principios y practica. Barcelona: Masson; 2002.
10. Palacio CA, García J, Arbeláez MP, Sánchez R, Aguirre B, Ospina J, et al. Validación de la entrevista diagnóstica para estudios genéticos (DIGS) en Colombia. *Biomedica.* 2004;56-62.
11. APA. *Diagnosis and Statistical Manual of mental disorders. Text Revision. DSM-IV-TR. 4.ª ed.* Arlington: American Psychiatric Association; 2000.
12. Ramos J, Cordero A. Validación de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiat.* 1986;14:324-34.
13. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960;23:56-62.
14. Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry.* 1978;429-35.
15. Apiquian R, Páez F, Tapia R, Fresán A, Vallejo G, Nicolini H. Validez y confiabilidad de la escala para la evaluación de la mania. *Salud Ment.* 1997;20:23-7.
16. Kay SR, Fiszbein AOL. The positive and negative syndrome scale for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987;13:261-76.
17. Endicott JS, Spitzer RL, Fleiss J, Cohen J. The global assessment scale. *Arch Gen Psychiatry.* 1976;33:766-71.
18. Kielhofner G. A model of human Occupation Theory and Application. 3.ª ed. Baltimore: Lippincot, Williams and Wilkins; 2002.
19. Caballo V, Ortega A. La escala multidimensional de expresión social: algunas propiedades psicométricas. *Psicol Gen Apl.* 1989:215-21.
20. Watson D, Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety. *J Consult Clin Psychol.* 1969;33:448-57.
21. García B, Grupo GEOPTE (Grupo Español para la Optimización del Tratamiento en la Esquizofrenia). [Functionality as a goal in the treatment of schizophrenia]. *Actas Esp Psiquiatr.* 2002;30:312-25.
22. Kakela J, Panula J, Oinas E, Hirvonen N, Jääskeläinen E, Miettunen J. Family history of psychosis and social, occupational and global outcome in schizophrenia: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.* 2014;130:269-78.
23. MacQueen GM, Young LT, Joffe RT. A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2001;103:163-70.
24. Martínez-Aran A, Vieta E, Torrent C, Sanchez-Moreno J, Goikolea JM, Salamero M, et al. Functional outcome in bipolar disorder: the role of clinical and cognitive factors. *Bipolar Disord.* 2007;9:103-13.
25. Lee T-Y, Chang S-C, Chu H, Yang CY, Ou KL, Chung MH, et al. The effects of assertiveness training in patients with schizophrenia: a randomized, single-blind, controlled study. *J Adv Nurs.* 2013;69:2549-59.
26. Martínez-Arán A, Torrent C, Solé B, Bonnín CM, Rosa AR, Vieta E, et al. Functional remediation for bipolar disorder. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2011;7:112-6.
27. Schöttle D, Schimmelmann BG, Karow A, Ruppelt F, Sauerbier AL, Bussopulos A, et al. Effectiveness of integrated care including therapeutic assertive community treatment in severe schizophrenia spectrum and bipolar i disorders. *J Clin Psychiatry.* 2014:1371-9.