

PROGRAMAS DE HABILIDADES EN LA VIDA COTIDIANA PARA ENFERMEDADES MENTALES CRÓNICAS

Nicol MM, Robertson L, Connaughton JA



Fecha de la enmienda significativa más reciente: 27 de mayo de 1998

Esta revisión debería citarse como: Nicol MM, Robertson L, Connaughton JA. Programas de habilidades en la vida cotidiana para enfermedades mentales crónicas. En: *La Cochrane Library plus en español*. Oxford: Update Software.

RESUMEN

Antecedentes

La mayoría de las personas con esquizofrenia tiene un patrón de enfermedad caracterizado por remisiones y recaídas. La enfermedad puede hacerse crónica y discapacitante. La invalidez social puede requerir una variedad de tratamientos psicológicos, de alimentación y ocupacionales. Los programas de habilidades en la vida cotidiana, dirigidos a las necesidades asociadas con el funcionamiento independiente, son a menudo una parte del proceso de la rehabilitación.

Objetivos

Comparar la efectividad de programas de habilidades en la vida cotidiana con la atención estándar para las personas con problemas crónicos de salud mental.

Estrategia de búsqueda

Se hicieron búsquedas metódicas en CINAHL (1982-1997), Biblioteca Cochrane (Volumen 2, 1997), en el Registro de Ensayos del Grupo Cochrane de Esquizofrenia (*Cochrane Schizophrenia Group's Register of Trials*) (abril de 1998), en EMBASE (1980-1997), MEDLINE (1966-1997) y PsycLIT (1974-1997). Las búsquedas manuales y el escrutinio de las referencias complementaron este proceso.

Criterios de selección

Todos los ensayos pertinentes con asignación al azar o cuasi-azar controlados de programas de habilidades en la vida cotidiana *versus* atención estándar que involucrara personas con enfermedades mentales serias.

Recopilación y análisis de datos

Los resultados de las búsquedas fueron examinados por dos revisores (LR, MN) con un tercero (JC) actuando como árbitro. Los datos se extrajeron de la misma manera. En los casos en que fue posible se hizo un análisis de intención de tratar con los datos dicotómicos y los datos continuos normalmente distribuidos.

Resultados principales

Se incluyen dos ensayos controlados con asignación al azar, con un total de 38 participantes. Los datos tuvieron mucha dispersión y no fue demostrado ningún efecto claro.

Conclusiones del revisor

Si se pretende que el entrenamiento en habilidades de la vida cotidiana continúe siendo parte de los programas de rehabilitación, es urgente realizar un ensayo amplio, con asignación al azar, bien diseñado, dirigido, informado y pragmático. Incluso podría decirse que mantener la práctica actual, sin un ensayo con asignación al azar, no es ético.

Esta revisión debería citarse como:

Nicol MM, Robertson L, Connaughton JA Programas de habilidades en la vida cotidiana para enfermedades mentales crónicas. En: *La Cochrane Library plus en español*. Oxford: Update Software.

ANTECEDENTES

La esquizofrenia puede producirse como un único episodio de enfermedad. Sin embargo, la mayor

proporción de enfermos tiene remisiones y recaídas; para cerca del 41 % de sujetos que desarrollan esquizofrenia, ésta se convierte en una enfermedad crónica y discapacitante (Prudo 1987). Precediendo al movimiento de atención dentro de la comunidad, el proceso de rehabilitación fue proporcionado por grandes instituciones de salud mental en las que los enfermos permanecían muchos años (Wing 1961, Wing 1970). Este patrón de asistencia ha cambiado (Hume 1995). En la actualidad pocas personas con enfermedades mentales crónicas - tal vez con la excepción de aquellos que permanecen en ambientes de seguridad forense - permanecen más allá de unas pocas semanas por año en el hospital y la mayoría de la asistencia, por lo menos en el Reino Unido está basada en la comunidad (Davies 1990, Leff 1992). En relación con otras enfermedades crónicas, los costos económicos y personales de la esquizofrenia son considerables (Knapp 1994).

Las personas con esquizofrenia reciben muchas clases de tratamiento. La medicación es frecuentemente utilizada para el manejo de los síntomas, pero la discapacidad social que a menudo acompaña a la enfermedad, requiere de una variedad de tratamientos psicológicos, de enfermería y de terapia ocupacional (Prudo 1987). Estos tratamientos se han agrupado bajo el término general de "rehabilitación". Los elementos de un programa de rehabilitación para un sujeto con una enfermedad mental crónica, bien sea en la comunidad o en un hospital, pueden incluir terapias creativas (arte, drama música, poesía), actividades educativas, programas de habilidades en la vida cotidiana, terapias basadas en el trabajo y actividades recreativas (Hume 1995). Los programas de habilidades en la vida cotidiana, un elemento frecuente en el proceso de rehabilitación, dirigen su atención hacia las necesidades asociadas con el funcionamiento independiente. Estos programas pueden implicar el estímulo para realizar tareas como la preparación de presupuestos, habilidades comunicativas, domésticas, de cuidado personal y de vida en la comunidad.

OBJETIVOS

Investigar los efectos de los programas de habilidades en la vida cotidiana para personas con problemas de salud mental crónicos comparados con la asistencia convencional.

Los objetivos secundarios fueron comparar los resultados de aquellos sujetos que tomaban parte en programas de habilidades en la vida cotidiana i. de diferente duración, ii. en ambientes comunitarios u hospitalarios; y iii. con profesionales entrenados y no entrenados.

CRITERIOS PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTUDIOS DE ESTA REVISIÓN

Tipos de estudios

Todos los ensayos controlados aleatorizados o cuasi-aleatorizados que fueran relevantes. Los resultados de aquellos ensayos que utilizaron esquemas de asignación cuasi-aleatorizados, como días de la semana o del mes, fueron comparados con aquellos que utilizaron un medio de asignación menos propenso a los sesgos.

Tipos de participantes

Adultos con edades entre 16 y 65 años con enfermedad mental crónica diagnosticada mediante cualquier criterio. Se excluyeron sujetos que padecieran demencia.

Tipos de intervención

Los programas de habilidades en la vida cotidiana fueron definidos como cualquier programa individual o grupal que involucrase un funcionamiento independiente en la vida diaria. Dichos programas podían incluir entrenamiento en el manejo del dinero, organización y administración del hogar, habilidades domésticas y de cuidado personal. La evaluación del entrenamiento de habilidades sociales específicas no fue un objetivo de esta revisión.

Los programas con cinco sesiones o menos fueron considerados como "breves" y los de seis semanas o más como "otros". El lugar de residencia fue definido como "hospital" o "comunidad" para los propósitos de esta revisión. Por ejemplo, si una persona estaba en el hospital en el momento de su asistencia a un programa de hospital de día, se consideraba que estaba recibiendo asistencia "basada en el hospital". Por otra parte, si asistía al programa de hospital de día desde su casa, entonces se consideraba que recibía una asistencia "basada en la comunidad". El equipo entrenado era aquel personal que tenía una cualificación profesionalmente reconocida en asistencia sanitaria.

Asistencia convencional: el nivel normal de asistencia psiquiátrica proporcionado en el área en donde el estudio era realizado.

Tipos de medidas de resultado

El resultado principal fue el funcionamiento del propio cuidado personal y doméstico (habilidades en la vida cotidiana).

Otros resultados de interés fueron:

Calidad de vida.

Funcionamiento social.

Satisfacción con la atención, bien sea medida de manera directa o mediante el abandono temprano del estudio.

Estado mental: cambios en los síntomas, recaídas, cambios en la hospitalización - ingreso/alta (admitido/no admitido).

Conducta: incidentes de violencia, hacia sí mismo, hacia los demás o hacia la propiedad.

Muerte y, si estaban disponibles

Resultados económicos.

Todos los resultados son informados a corto plazo (menos de 6 meses), mediano plazo (7 a 12 meses) y largo plazo (más de 1 año).

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE LOS ESTUDIOS

Ver: Cochrane Schizophrenia Group estrategia de búsqueda

Ver: Estrategia de búsqueda del Grupo Colaborador de Revisión (*Collaborative Review Group*).

1. Búsqueda electrónica

1.1 CINAHL (1982-04 / 1997)

La estrategia de búsqueda de Grupo Cochrane de Esquizofrenia (*Cochrane Schizophrenia Group*) para estudios controlados y enfermedad mental crónica (ver estrategia de búsqueda del Grupo) fue combinada con la frase:

[and {(life or social or self-care or living or community) and (skill* or program*)} or (daily and living) or (independent* and function) or rehabilitation or explode ACTIVITIES-OF-DAILY-LIVING/ all topical subheadings / all age subheadings or explode COMMUNITY-LIVING/ all topical subheadings / all age subheadings or explode SELF-CARE/ all topical subheadings / all age subheadings].

1.2. Biblioteca Cochrane (*Cochrane Library*) (Número 2, 1997)

La estrategia de búsqueda de Grupo Cochrane de Esquizofrenia (*Cochrane Schizophrenia Group*) para estudios controlados y enfermedad mental crónica (ver estrategia de búsqueda del Grupo) fue combinada con la frase:

[and {(life or social or self-care or living or community) and (skill* or program*)} or (daily and living) or (independent* and function*) or rehabilitation or explode

ACTIVITIES-OF-DAILY-LIVING/ all ACTIVITIES-OF-DAILY-LIVING/ all subheadings].

1.3. Se realizó la búsqueda en el Registro de Ensayos del Grupo Cochrane de Esquizofrenia (*the Cochrane Schizophrenia Group's Trials Register*) (Abril 1998) utilizando la frase:

[{(life or social or self-care or living or community) and (skill* or program*)} or (daily and living) or (independent* and function*) or rehabilitation or #42=255 #42=or 311 or #42= 339].

1.4. EMBASE (1980-04 / 1997)

La estrategia de búsqueda de Grupo Cochrane de Esquizofrenia (*Cochrane Schizophrenia Group*) para estudios controlados y enfermedad mental crónica (ver estrategia de búsqueda del Grupo) fue combinada con la frase:

[and {(life or social or self-care or living or community) and (skill* or program*)} or (daily and living) or (independent* and function*) or rehabilitation or explode DAILY LIFE ACTIVITY/ all subheadings].

1.5. MEDLINE (1966-04 /1997)

La estrategia de búsqueda de Grupo Cochrane de Esquizofrenia (*Cochrane Schizophrenia Group*) para estudios controlados y enfermedad mental crónica (ver estrategia de búsqueda del Grupo) fue combinada con la frase:

[and {(life or social or self-care or living or community) and (skill* or program*)} or (daily and living) or (independent* and function*) or rehabilitation or explode ACTIVITIES-OF-DAILY-LIVING/ all subheadings].

1.6. PsycLIT (1974-04 / 1997)

La estrategia de búsqueda de Grupo Cochrane de Esquizofrenia (*Cochrane Schizophrenia Group*) para estudios controlados y enfermedad mental crónica (ver estrategia de búsqueda del Grupo) fue combinada con la frase:

[and {(life or social or self-care or living or community) and (skill* or program*)} or (daily and living) or (independent* and function*) or rehabilitation or SELF-CARE-SKILLS in DE or ACTIVITIES OF DAILY LIVING in DE or INDEPENDENT LIVING PROGRAMMES in DE].

2. Búsquedas manuales

Se hicieron búsquedas en las siguientes revistas:

The American Journal of Occupational Therapy (1972-hasta la fecha)

The British Journal of Occupational Therapy (1972-hasta la fecha)

Occupational Therapy Journal of Research (desde su creación hasta la fecha)

Occupational Therapy in Mental Health (desde su creación hasta la fecha).

3. Citas en Ciencias Sociales

Todos los ensayos seleccionados fueron buscados en la Base de Datos de Ciencias Sociales (Social Sciences Citation Database) con el fin identificar informes adicionales de ensayos controlados posiblemente relevantes.

4. Búsqueda de referencias

Se inspeccionaron también las referencias de todos los estudios identificados para detectar estudios adicionales.

MÉTODOS DE LA REVISIÓN

1. Selección de los ensayos:

Los informes identificados mediante las búsquedas electrónicas y manuales, fueron evaluados en cuanto a su relevancia de maneras ligeramente diferentes. Todas las citas de estudios identificadas mediante las búsquedas electrónicas fueron inspeccionadas independientemente por dos revisores (LR, MN) y se obtuvieron los informes completos de los estudios acordados como relevantes. Cuando surgieron desacuerdos, el informe completo también fue adquirido para un escrutinio más detallado. Los revisores (LR, MN) los inspeccionaron independientemente. De manera similar, se obtuvo el texto completo de los reportes identificados manualmente y se evaluaron independientemente por los revisores. Si surgían desacuerdos, JC actuó como árbitro. Si fue necesario, los revisores intentaron contactar con los autores de los ensayos para obtener detalles adicionales con respecto a los estudios. Cuando no fue posible obtener la información necesaria, el estudio fue agregado a la lista de evaluaciones pendientes.

2. Calidad metodológica

La calidad metodológica de cada uno de los estudios incluidos fue evaluada independientemente utilizando las guías descritas en el Manual de la Colaboración Cochrane (*Cochrane Collaboration Handbook*) (Mulrow 1999)

3. Obtención de los datos

Los datos fueron obtenidos independientemente por LR y MN utilizando formatos de obtención. De nuevo, cualquier desacuerdo fue discutido mediante discusión entre LR y MN, con JC y como último recurso, con el autor del estudio.

4. Manejo de los datos

4.1. Análisis por Intención de tratar (*Intention-to-treat-analysis*)

Los revisores aplicaron las siguientes guías para analizar los datos a partir de los estudios seleccionados: i. el análisis debería incluir a todos los sujetos que ingresaron en el ensayo. ii. el análisis mantuvo los grupos de estudio de acuerdo con el proceso original de aleatorización; y iii. el suicidio fue tratado como una recaída en todos los grupos. Cuando fue posible, los revisores asignaron el peor resultado a los casos perdidos durante el seguimiento. Por ejemplo, aquellas perdidas en el seguimiento para el resultado de recaída, fueron tratadas en el análisis como si hubieran tenido recaída.

4.2. Datos binarios, dicotómicos

Para los resultados binarios se utilizaron razones de probabilidades e intervalos de confianza. Cuando fue posible, se calculó el Número Necesario a Tratar (NNT) como medida de eficiencia.

4.3. Datos continuos

4.3.1. Datos Normales

Los datos de resultados sobre asistencia en la comunidad a menudo no están distribuidos normalmente. Para evitar el error de aplicar pruebas paramétricas a datos no paramétricos, se aplicaron los siguientes criterios a los datos antes de su inclusión: i. las medias y desviaciones estándar eran informadas en el artículo o era posible obtenerlas a través de los autores; y, cuando los datos tenían puntuaciones finitas ii. al multiplicarse la desviación estándar por dos, el valor era menor que la media (o dicho de otra forma, era poco probable que la media fuera una medida apropiada del centro de la distribución - Altman 1996). Los datos que no cumplieron el primero o el segundo criterio no fueron introducidos para su presentación gráfica dentro de *Revman* (que asume una distribución Normal). Sin embargo, los datos que no cumplieran estos criterios eran informados en las tablas de "Otros datos".

4.3.2. Diferentes escalas:

Cuando fue posible, aprovechamos la oportunidad para hacer comparaciones directas entre los ensayos que utilizaron el mismo instrumento de medición para cuantificar resultados específicos. La comparación de datos de resultados continuos medidos mediante diferentes escalas es un asunto problemático.

Potencialmente existe una amplia variedad de escalas para medir resultados relevantes dentro de esta revisión. Estos instrumentos varían en calidad y muchos de ellos son inválidos o incluso son *ad hoc*. Se acepta generalmente que los instrumentos de medición deben tener las propiedades de fiabilidad (la extensión con la cual un test produce resultados consistentes) y de validez (la extensión con la cual un test mide lo que se supone que debe medir) (Rust 1989). Antes de la publicación de un instrumento, la mayoría de las revistas científicas insisten en que la fiabilidad y la validez sean demostradas a satisfacción de árbitros. Por lo tanto, se decidió como un criterio mínimo, no incluir en esta revisión cualquier dato de una escala a menos que sus propiedades hubieran sido publicadas en una revista revisada por pares. Adicionalmente, se establecieron los siguientes criterios mínimos para los instrumentos: i. el instrumento debería ser de autoinforme, o completada por un calificador independiente o familiar. y ii. el instrumento debería lograr una evaluación global de un área de funcionamiento.

5. Generales

En todos los casos, los datos fueron introducidos a *Revman* de manera que el área a la izquierda de la "línea de no efecto" indicara un resultado favorable para el entrenamiento en habilidades de la vida cotidiana. Se

inspeccionaron las presentaciones gráficas y las diferencias entre los resultados de cada ensayo incluido mediante pruebas de heterogeneidad.

6. Análisis de Sensibilidad

Esperábamos poder realizar dos análisis de sensibilidad. El primero para investigar si los ensayos que utilizaban criterios diagnósticos rigurosos diferían sistemáticamente en sus resultados de aquellos ensayos que utilizaban criterios de inclusión más pragmáticos. El segundo era para examinar si la decisión de realizar un análisis por "intención de tratar" afectaba los resultados finales de la revisión en comparación con un análisis que no tuviese en cuenta los sujetos perdidos durante el seguimiento.

DESCRIPCIÓN DE LOS ESTUDIOS

Estudios excluidos

Tres estudios no fueron aleatorizados y tres informes eran revisiones de artículos. Los otros 12 estudios eran aleatorizados o cuasi-aleatorizados. En cada uno, el grupo experimental era asignado a un programa que tenía algunos elementos de habilidades en la vida cotidiana, pero además todos incorporaban otras intervenciones de entrenamiento, siendo las habilidades sociales las más comunes. Un estudio (Mosher 1978) aleatorizó a los participantes a un programa de habilidades en la vida cotidiana *versus* asistencia convencional, pero esta intervención experimental se realizó en la comunidad y la asistencia convencional fue llevada a cabo dentro del hospital. Los revisores consideraron que la asignación a hospital o a la comunidad confundiría cualquier tipo de evaluación sobre las habilidades en la vida cotidiana.

Estudios incluidos

Dos estudios fueron incluidos (Brown 1983, Campbell 1983).

Métodos

Los dos estudios afirmaban haber sido aleatorizados.

Participantes

Todos los participantes fueron personas con enfermedad mental crónica. Uno de los estudios aleatorizó únicamente hombres y el otro incluyó sujetos de ambos sexos. El promedio de edad dentro de un estudio fue de 35 años (Brown 1983) y para el segundo, el promedio de edad fue de 48 años (Campbell 1983). En Brown 1983 los participantes estaban en el hospital y en Campbell 1983, asistían a un programa de hospital día.

Intervenciones

En ambos estudios incluidos, el programa de habilidades en la vida cotidiana consistía en una mezcla de habilidades interpersonales, aseo e higiene personal, manejo del estrés, nutrición, finanzas y habilidades de manejo de tiempo. Los grupos de comparación eran "rehabilitación tradicional" que incluían recreación, arte y terapia ocupacional. La intensidad del tratamiento era de cuatro horas por día, cinco días a la semana durante siete semanas (Brown 1983) y de cuatro sesiones semanales de una hora cada una durante 12 semanas (Campbell 1983).

Resultados - Escalas

1. Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung (*Zung Self Rating Depression Scale*) (Zung 1965).

Este instrumento es una entrevista semiestructurada que evalúa características de depresión en los pacientes. Las preguntas se basan en signos y síntomas clínicos de depresión. Tiene 20 ítems y está diseñada para ser utilizada en adultos.

2. Perfil de Estados de Animo (autoevaluada) (*Profile of Moods State*) (McNair 1971).

Este instrumento está diseñado para medir estados de ánimo en pacientes psiquiátricos ambulatorios como un método para evaluar el cambio en estas personas. Ha sido utilizada en muchos estudios de evaluación de drogas. Las reacciones del humor son informadas de acuerdo con un período específico de tiempo, como la semana anterior. Ayuda a distinguir estados de ánimo de los rasgos duraderos de la personalidad del sujeto. Contiene 65 ítems, toma cerca de 5 minutos para ser completada y está diseñada para ser utilizada en

adultos.

3. Inventario de Expectativas hacia el Futuro (*Future Outlook Inventory*) (Gunn 1970).

Este inventario autoadministrado mide las expectativas hacia el futuro de pacientes psiquiátricos hospitalizados y está diseñada para ser utilizada en las actividades de diagnóstico psiquiátrico, rehabilitación y para la predicción de un retorno exitoso a la comunidad. Contiene 57 ítems y está diseñada para ser utilizada con adultos.

4. Escala de Ansiedad Social (autoevaluación) (*Social Anxiety Scale*) (Falloon 1977).

No hay descripciones disponibles de esta escala.

5. Escala Hamilton para Depresión (aplicada por terapeutas) (*The Hamilton rating scale for Depression*) (Hamilton 1967).

Es un instrumento diseñado para ser utilizado solamente en pacientes diagnosticados con trastornos afectivos de tipo depresivo. Se utiliza para cuantificar los resultados de una entrevista y su valor depende completamente de la habilidad del entrevistador para obtener la información. La escala contiene 17 variables medidas en escalas de cinco puntos o de tres puntos, utilizándose esta última cuando la cuantificación de la variable es difícil o imposible. Dentro de las variables pueden mencionarse: humor depresivo, suicidio, trabajo y pérdida del interés, retraso psicomotor, agitación, síntomas gastrointestinales, síntomas somáticos generales, hipocondriasis, pérdida de introspección y pérdida de peso.

Es útil contar con dos calificadores que evalúen independientemente a un paciente durante la misma entrevista. Las puntuaciones son obtenidas sumando las calificaciones asignadas por los dos médicos.

6. Formato de Edinburgo de Evaluación de Terapia Ocupacional (*Royal Edinburgh Occupational Therapy Assessment Form*) (Campbell 1983)

No hay descripciones disponibles de este formato.

Brown 1983 evaluó las habilidades en la vida cotidiana utilizando un instrumento que se encontraba en una fase de desarrollo (Inventario de Habilidades en la Vida Cotidiana - *Life Skills Inventory*) y no se ha encontrado información posterior acerca de esta herramienta. Se decidió por tanto, no presentar estos datos (ver sección de "Métodos"). Además, la Escala Hamilton para Depresión fue aplicada por terapeutas por lo cual, los datos no se presentan en esta revisión. (ver sección de "Métodos").

CALIDAD METODOLÓGICA

Aleatorización

Ningún estudio describió como se realizó la asignación a los grupos de intervención.

Cegamiento

Este punto no es discutido en ninguno de los estudios. No es claro si se intentó realizar cegamiento.

Seguimiento

Tres sujetos abandonaron precozmente el estudio de Brown 1983, dos del grupo experimental y uno del grupo control. No se dieron explicaciones para estas pérdidas; los autores simplemente mencionan que las respuestas de estos sujetos no fueron utilizadas en el análisis de los datos. Todos los sujetos completaron el estudio de Campbell 1983.

Informe de resultados

Brown 1983 presentó los hallazgos a partir de análisis paramétricos de datos que probablemente estaban muy apuntalados. Estos datos se presentan solamente en la tabla de "Otros datos". Sin embargo, Campbell 1983, presentó datos dicotómicos en una gráfica.

RESULTADO

1. La búsqueda

Ciento veintinueve citas fueron encontradas mediante la estrategia de búsqueda. Treinta y cuatro citas referentes a 22 estudios fueron adquiridas puesto que mencionaban las habilidades en la vida cotidiana u otros tipos de intervención similares. Solamente dos eran ensayos controlados que se referían específicamente a habilidades en la vida cotidiana.

2. Programas de habilidades en la vida cotidiana *versus* asistencia convencional

2.1. Habilidades en la vida cotidiana: No hubo cambios importantes en habilidades específicas. Campbell 1983 presenta datos dicotómicos referentes a la adquisición de habilidades. Estas son habilidades altamente específicas derivadas de un estudio muy pequeño ($n = 10$) y son presentadas con el fin de generar hipótesis.

2.2. Satisfacción con la asistencia: abandono temprano del estudio

Ambos estudios eran muy pequeños, con un total de 38 personas aleatorizadas a habilidades en la vida cotidiana o a asistencia convencional. El único resultado para el que fue posible combinar los datos fue "abandono temprano del estudio". Esta es una medida bruta y aproximada de la aceptación al tratamiento para aquellos sujetos con enfermedades mentales serias. El número de eventos era tan pequeño, como los propios estudios, que incluso la razón de probabilidades combinada tiene un intervalo de confianza amplio (OR 2.05 IC 95% 0.2-22).

2.3. Estado mental: cambios en ansiedad / depresión

Brown 1983 presenta una serie de datos derivados de diferentes escalas de humor y de ansiedad. Todas las desviaciones estándar sugieren que los datos están apuntalados y por lo tanto, es problemático presentarlos de forma gráfica. Sin embargo, aun cuando este no hubiera sido el caso, no se explica exactamente qué significan los efectos clínicos de una diferencia aproximada de 6 puntos en la Escala de Zung, una diferencia de 17 puntos en la Escala de Hamilton, una diferencia de 10 puntos en la Escala de Ansiedad Social y una diferencia de 6 puntos en el Perfil de Estados de Ánimo.

2.4. Resultados perdidos

Ningún estudio evaluó la satisfacción con la atención o resultados económicos.

DISCUSIÓN

Otros datos

Tabla: PROGRAMA DE HABILIDADES EN LA VIDA COTIDIANA *versus* ASISTENCIA CONVENCIONAL:
Estado mental: Cambios en ansiedad / depresión (múltiples escalas, todas las puntuaciones altas = pobre).

No pueden obtenerse conclusiones acerca del entrenamiento en habilidades de la vida cotidiana a partir de esta revisión. Los estudios eran demasiado reducidos, de manera que es imposible llegar a conclusiones firmes.

¿Fueron los criterios de selección demasiado restrictivos?

El entrenamiento en habilidades de la vida cotidiana es un elemento común dentro de los programas de rehabilitación a largo plazo para personas con enfermedades mentales serias. Aunque este tipo de entrenamiento puede combinarse con otros programas como entrenamiento en habilidades sociales, es distintivo y los revisores consideran que merece una evaluación por derecho propio. Es una forma relativamente simple de tratamiento, con enormes beneficios potenciales para aquellos sujetos que están tan profundamente discapacitados como para hacer casi imposible una vida corriente en la comunidad. Es estimulante encontrar que por lo menos dos equipos de investigadores también considerasen esta intervención como digna de ser evaluada.

Los dos ensayos pueden no haber proporcionado datos significativos sobre el efecto del entrenamiento en habilidades de la vida cotidiana, pero sirven claramente como estudios piloto para proyectos evaluativos más amplios. La aleatorización de sujetos con enfermedades mentales severas a un entrenamiento en habilidades de la vida cotidiana es factible y es posible obtener medidas claras de resultado. Aquellos que

practican el entrenamiento en habilidades de la vida cotidiana deberían sentirse desafiados por la ausencia de datos que respalden su práctica. Los estudios de Borwn 1983 y Campbell 1983 contienen lecciones valiosas que transmitir a los terapeutas en programas de habilidades en la vida cotidiana, quienes, en época de restricciones económicas, deberían considerar la evaluación objetiva de sus programas como un asunto urgente (ver implicaciones para la práctica).

CONCLUSIONES DE LOS REVISORES

Implicaciones para la práctica

Personas con enfermedades mentales serias

Considerando que no existe casi evidencia de que los programas de entrenamiento en habilidades de la vida cotidiana sean de valor para sujetos con enfermedades mentales serias, sus defensores tendrían razones justificadas para solicitar la realización de ensayos controlados aleatorizados en esta área. Hasta el momento en que se disponga de evidencia acerca de su beneficio, es cuestionable si los receptores de la atención deben ser presionados para que asistan a estos programas.

Clínicos

Muchos profesionales de atención sanitaria, emplean una parte significativa de su trabajo entrenando a sujetos con problemas crónicos en su salud mental en el área de habilidades en la vida cotidiana. Esta revisión muestra que no hay evidencia que indique que dichos programas sean útiles o perjudiciales para este grupo vulnerable. Los profesionales de la atención sanitaria son responsables de una situación en donde un tratamiento poco evaluado y costoso es proporcionado para una población vulnerable.

Administradores y elaboradores de políticas

Es probable que administradores o elaboradores de políticas que carecen de visión piensen que los programas de habilidades en la vida cotidiana están listos para ser finalizados. Sin embargo, otros pueden ver esto como una oportunidad ideal para que sean evaluados y para dar un respaldo total a aquellos que deseen realizar este trabajo.

Implicaciones para la investigación

Se necesitan con urgencia más estudios en esta área.

Tamaño

Estos estudios deben ser amplios, cuidadosamente diseñados, dirigidos e informados.

Aleatorización y cegamiento

Si se desea que los lectores estén seguros de que los sesgos de selección han sido eliminados, el proceso de aleatorización debe estar descrito claramente. El cegamiento en esta área es un asunto problemático si el asesor también implementó la intervención, como parece ser el caso de los dos estudios revisados. Sería posible diseñar un estudio con resultados simples, pragmáticos y objetivos que pudieran ser registrados por sujetos que no estuvieran involucrados directamente con la intervención bajo estudio.

Resultados

Es difícil interpretar los datos de escalas cuando estos se derivan de escalas validadas. Pero es imposible descifrar con algún grado de confianza los datos producidos por escalas que no estén validadas. Los revisores sugieren que si se van a utilizar estos datos dentro de un ensayo, los datos dicotómicos tienen mayor valor para los clínicos y para los receptores de la asistencia. Estos datos deben referirse a habilidades deseables en la vida cotidiana, así como al estado mental, la satisfacción y los costos.

Informe de los datos

Una presentación clara de los datos dicotómicos brutos ayuda a revisiones como la actual. Si se van a utilizar datos continuos, estos deben ser presentados con su media, su desviación estándar y con el número total a partir del cual se derivaron. Los valores p- inexactos no tienen utilidad.

AGRADECIMIENTOS

Los revisores desean agradecer a Clive Adams por sus consejos y su apoyo durante la elaboración de esta revisión y a Leanne Roberts por atender telefónicamente las numerosas preguntas. También agradecemos a los Drs. Armstrong y Allmon por su información con respecto a su estudio.

Notas

Revisión completa e interna por pares del Grupo Cochrane de Esquizofrenia (*Cochrane Schizophrenia Group*) (ver Módulo).

Revisión por pares externa documentada.

POTENCIAL CONFLICTO DE INTERÉS

Linda Robertson y Jenny Connaughton trabajan en el área de rehabilitación en habilidades de la vida cotidiana como parte de su programa de intervención. Maggie Nicol es una terapeuta ocupacional *senior* que realiza entrenamiento en habilidades de la vida cotidiana.

NOTAS

Cochrane Schizophrenia Group internal peer review complete (see Module).
External peer review scheduled.

TABLAS

Characteristics of included studies

Study	Brown 1983
Methods	Allocation: "randomly assigned" - no further details. Blindness: not blinded. Duration: 7 weeks.
Participants	Diagnosis: schizophrenia (DSM-III). History: "chronic", 97% >4 admissions. Setting: in hospital. Sex: M. N=28. Age: mean 35 years. Race: 15% ethnic minority. Excluded: substance abuse.
Interventions	1. Interpersonal and instrumental skills group: interpersonal communication skills, nutrition, health, finance, time management, utilization of community resource. Groups <9, leader:participant ratio 1:4. N=14. 2. Standard VA programme: recreation, art, occupation therapy. N=14. Both groups: 20 hrs/week.
Outcomes	Leaving the study early. Attitude/affective measures (FOI, POMS, SAQ, Zung Self Rating Depression Scale). Unable to use - Coping with community living situations (LSI - unpublished scale). Mood (HRSD - not rated independently).
Notes	Reasons for withdrawal not given (N=3). Not "intention-to-treat" analysis.
Quality	B

Study	Campbell 1983
Methods	Allocation: "randomly assigned" - no further details. Blindness: not blinded. Duration: 12 weeks.
Participants	Diagnosis: schizophrenia (Feighner). History: "chronic", mean length ill ~ 22 years. Setting: day hospital. N =10. Sex: 6 M, 4 F. Age: mean ~47 years.
Interventions	1. A self care, shopping, laundry, household & kitchen duties programme; 4 one hour sessions/week. N=6. 2: Standard day hospital programme. N=4.
Outcomes	Kitchen skills. Self care skills. Laundry skills. Household skills. All assessed by the Royal Edinburgh Occupational Therapy Assessment Form.
Notes	No details of the standard day hospital programme given.
Quality	B

General
DSM-III - Diagnostic Statistical Manual - version 3.
VA - Veterans Administration

Scales
FOI - Future Outlook inventory
HRSD - Hamilton Rating Scale for Depression
LSI - Life Skills Inventory
POMS - Profile of Moods Scale
SAQ - Social Anxiety Questionnaire

Excluded studies

Study	Reason for exclusion
Armstrong 1991	Allocation: "randomly assigned", groups unbalanced, only 'completer' data reported, original numbers unclear. Participants: those with chronic mental illness. Intervention: life skills programme versus supportive psychotherapeutic milieu therapy . Dr Armstrong contacted, data destroyed and denominators unknown.
Burns 1993	Allocation: randomised. Participants: "general psychiatric patients". Interventions: home-based care versus admission to hospital, not life skills programme.
Dobson 1995	Allocation: randomised. Participants: those with schizophrenia. Interventions: social skills training versus social milieu therapy, not life skills programme.
Drake 1994	Allocation: not randomised, comparison of two day-centre programmes in different geographical areas.
Garety 1994	Allocation: "non-random allocation", "controlled trial".
Goldberg 1994	Allocation: not randomised, review.
Hayes 1991	Allocation: "randomly assigned". Participants: those with schizophrenia. Interventions: activity (constructional skills) therapy versus social skills training, not life skills programme, no standard care group.
Hoult 1983	Allocation: randomised. Participants: those with schizophrenia.

	Interventions: community orientated care versus hospital orientated care - hospital diversion programme, not life skills programme.
Ikebuchi 1995	Allocation: not randomised, case series.
Jerrell 1995	Allocation: randomised. Participants: severe mental illness and substance abuse. Interventions: behavioural skills training versus case management versus 12 step recovery, not life skills programme.
Jin 1994	Allocation: randomised. Participants: those suffering from schizophrenia. Interventions: standard care versus open door policy, not life skills programme.
Johnson 1965	Allocation: randomly assigned. Participants: those with chronic schizophrenia. Interventions: community residential treatment programme (not life skills programme) versus standard community mental health center in-patient programme.
Mosher 1978	Allocation: by availability of bed in experimental or control units, quasi-randomised. Participants: those with schizophrenia. Interventions: community residential treatment (including life skills), 1:1 staff:client ratio versus standard inpatient care, life skills programme not randomised within the same treatment setting.
Muijen 1992	Allocation: randomised. Participants: serious mental illnesses. Interventions: home-based daily living programme versus out-patient care, the daily living programme involved life skills support but other interventions set in a comprehensive community support package.
Nienhuis 1994	Allocation: randomised. Participants: mixture of diagnoses in need of admission. Interventions: day hospital admission diversion programme versus standard admission, not life skills programme.
Paul 1977	Allocation: randomised. Participants: those with serious mental illnesses. Intervention: milieu therapy versus social learning therapy versus standard care, not life skills programme.
Penn 1996	Allocation: not randomised, review.
Scott 1995	Allocation: not randomised, review.
Whetstone 1985	Allocation: randomised. Participants: those with schizophrenia. Interventions: social dramatics emphasising social skills versus standard care, non-social life skills functioning not investigated.
Wiersma 1991	Allocation: randomised. Participants: those with schizophrenia. Interventions: day hospital versus standard admission, hospital diversion programme, not life skills programme.

REFERENCIAS

Referencias de los estudios incluidos en esta revisión

Brown 1983

Brown MA, Munford AM. Life skills training for chronic schizophrenics. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1983;171:466-70.

Campbell 1983

Campbell A, McCreadie RG. Occupational therapy is effective for chronic schizophrenic day-patients. *British Journal of Occupational Therapy* 1983;46(11):327-9.

Referencias de los estudios excluidos de esta revisión

Armstrong 1991

Armstrong HE, Cox GB, Short BA, Allmon DJ. A comparative evaluation of two-day treatment programs. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1991;14:53-67.

Burns 1993

Burns T, Beadsmoore A, Bhat AV, Oliver A, Mathers C. A controlled trial of home-based acute psychiatric services. I. Clinical and social outcome. *British Journal of Psychiatry* 1993;163:49-54.

Burns T, Raftery J, Beadsmoore A, McGuigan S, Dickson M. A controlled trial of home-based acute psychiatric services. II. Treatment patterns and costs. *British Journal of Psychiatry* 1993;163:55-61.

Dobson 1995

Dobson DJG, McDougall G, Busheikin J, Aldous J. Effects of social skills training and social milieu treatment on symptoms of schizophrenia. *Psychiatric Services* 1995;46:376-80.

Drake 1994

Drake RE, Becker DR, Biesanz JC, Torrey WC, McHugo GJ, Wyzik PF. Rehabilitative day treatment versus supported employment. I. Vocational outcomes. *Community Mental Health Journal* 1994;30:519-32.

Garety 1994

Garety PA, Kuipers L, Fowler D, Chamberlain F, Dunn G. Cognitive behavioural therapy for drug-resistant psychosis. *British Journal of Medical Psychology* 1994;67:259-71.

Goldberg 1994

Goldberg D. Cost-effectiveness in the treatment of patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;89(s382):89-92.

Hayes 1991

Hayes RL, Halford WK, Varghese FN. Generalization of the effects of activity therapy and social skills training on the social behavior of low functioning schizophrenic patients. *Occupational Therapy in Mental Health* 1991;11:3-20.

Hoult 1983

Hoult J, Reynolds I. Schizophrenia: a comparative trial of community orientated and hospital orientated psychiatric care. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1984;69:359-72.

Hoult J, Reynolds I, Charbonneau Powis M, Coles P, Briggs J. A controlled study of psychiatric hospital versus community treatment - the effect on relatives. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry* 1981;15:323-8.

Hoult J, Reynolds I, Charbonneau Powis M, Weekes P, Briggs J. Psychiatric hospital versus community treatment: the results of a randomised trial. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry* 1983;17:160-7.

Ikebuchi 1995

Ikebuchi E, Anzai N. Effect of the medication management module evaluated using the role play test. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 1995;49:151-6.

Jerrell 1995

Jerrell JM, Ridgely MS. Evaluating changes in symptoms and functioning of dually diagnosed clients in specialized treatment. *Psychiatric Services* 1995;46:233-8.

Jin 1994

Jin Z. Effect of an open-door policy combined with a structured activity programme on the residual symptoms of schizophrenic in-patients: A six-month randomised controlled trial in Yanbian, Jilin. *British Journal of Psychiatry* 1994;24(supplement):52-7.

Johnson 1965

Johnson R, Lee H. Rehabilitation of chronic schizophrenics. Major results of 3-Year program. *Archives of General Psychiatry* 1965;12:237-40.

Mosher 1978

Mosher L R , Menn A , Matthews SM. Soteria: evaluation of a home-based treatment for schizophrenia. *American Journal of Orthopsychiatry* 1975;45(3):455-67.

Muijen 1992

Audini B, Marks IM, Lawrence R, Connolly J, Watts V. Home-based versus out-patient/in-patient care for people with serious mental illness. Phase II of a controlled study. *British Journal of Psychiatry* 1994;164:204-10.

Knapp M, Beecham J, Koutsogeorgopoulou V, Hallam A, Fenyo A, Marks IM, Connolly J, Audini B, Muijen M. Service use and costs of home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry* 1994;164:195-203.

Marks I, Connolly J, Muijen M, Audini B, McNamee G, Lawrence R. Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry* 1994;165:179-94.

Muijen M, Marks I, Connolly J, Audini B. Home-based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. *BMJ* 1992 21;304:749-54.

Muijen M, Marks IM, Connolly J, Audini B, McNamee G. The daily living programme. Preliminary comparison of

community versus hospital-based treatment for the seriously mentally ill facing emergency admission. *British Journal of Psychiatry* 1992;160:379-84.

Simpson CJ, Seager CP, Robertson JA. Home-based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 1993;162:239-43.

Nienhuis 1994

Nienhuis FJ, Giel R, Kluiters H, Ruphan M, Wiersma D. Efficacy of psychiatric day treatment. Course and outcome of psychiatric disorder in a randomised controlled trial. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 1994;244:73-80.

Paul 1977

Paul GL, Lentz RJ. Psychosocial treatment of chronic mental patients. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1977.

Penn 1996

Penn DL, Mueser K. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 1996;153:607-17.

Scott 1995

Scott JE, Dixon LB. Psychological interventions for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1995;21(4):621-30.

Whetstone 1985

Whetstone WR. Social dramatics: social skills development for the chronically mentally ill. *Journal of Advanced Nursing* 1986;11:67-74.

Wiersma 1991

Kluiters H, Giel R, Nienhuis FJ, Ruphan M, Wiersma D. Predicting feasibility of day treatment for unselected patients referred for inpatient psychiatric treatment - results of a randomized trial. *American Journal of Psychiatry* 1992;149:1199-205.

Wiersma D, Kluiters H, Nienhuis FJ, Ruphan M, Giel R. Costs and benefits of hospital and day treatment with community care of affective and schizophrenic disorders. *British Journal of Psychiatry* 1995;(supplement 27):52-9.

Wiersma D, Kluiters H, Nienhuis FJ, Ruphan M, Giel R. Costs and benefits of day treatment with community care for schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin* 1991;17(3):411-9.

Referencias adicionales

Altman 1996

Altman DG, Bland JM. Detecting skewness from summary information. *BMJ* 1996;313:1200.

Davies 1990

Davies LM, Drummond MF. The economic burden of schizophrenia. *Psychiatric Bulletin* 1990;14:522-5.

Falloon 1977

Falloon I, Lindley P, McDonald R, Marks I. Social Skills training of outpatient groups: a controlled study of rehearsal and homework. *British Journal of Psychiatry* 1977;131:599-609.

Gunn 1970

Gunn R, Pearman H. An analysis of the future outlook of hospitalized psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychology* 1970;26:99-103.

Hamilton 1967

Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 1967;26:278-96.

Hume 1995

Hume C, Pullen I. Rehabilitation in psychiatry. 2nd Edition. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1995.

Knapp 1994

Knapp MRJ. The health economics of schizophrenia treatment. *Clinician* 1994;12:39-52.

Leff 1992

Leff J, Sartorius N, Jablensky A, Korten A, Emberg G. The international pilot study of schizophrenia: five-year follow-up findings. *Psychological Medicine* 1992;22(1):131-45.

McNair 1971

McNair D, Lorr M, Droppleman L. EITS Manual for the profile of mood states educational and training testing service. San Diego: , 1971.

Mulrow 1999

Mulrow CD, Oxman AD (eds). Cochrane Collaboration Handbook [updated 1 March 1997]. In: The Cochrane Library [database on disk and CDROM]. The Cochrane Collaboration, Oxford: Update Software; 1996-. Updated quarterly.

Prudo 1987

Prudo R, Blum HM. Five-year outcome and prognosis in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1987;150:345-54.

Rust 1989

Rust J, Golombok S. Modern Psychometrics. London: Routledge, 1989.

Wing 1961

Wing JK, Brown GW. Social treatment of schizophrenia; a comparative study of three mental hospitals. Journal of Mental Science 1961;107:847-61.

Wing 1970

Wing JK, Brown GW. Institutionalisation and schizophrenia; a comparative study of three mental hospitals 1960-1968. London: Cambridge University Press, 1970.

Zung 1965

Zung WW. A self-rating depression scale. Archives of General Psychiatry 1965;12:63-70.

GRÁFICOS**01 LIFE SKILLS PROGRAMME vs STANDARD CARE**

Outcome title	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
01 Life skills: No important change in specific skills			Peto OR [95% CI]	Totals not selected
02 Leaving the study early	2	38	Peto OR [95% CI]	2.05 [0.20, 21.59]
03 Mental state: Change in anxiety / depression (Multiple scales, all high scores = poor) - C_0103			Other data	

CARÁTULA

Titulo	Programas de habilidades en la vida cotidiana para enfermedades mentales crónicas
Revisor(es)	Nicol MM, Robertson L, Connaughton JA
Contribución de los revisores	Linda Robertson - protocol development, searching, data extraction and assimilation, report writing. Maggie Nicol - - protocol development, searching, data extraction and assimilation, report writing. Jenny Connaughton - protocol development, searching, data extraction and assimilation, report writing.
Número de protocolo publicado inicialmente	La información no está disponible
Número de revisión publicada inicialmente	1998/3
Fecha de la modificación más reciente	La información no está disponible
Fecha de la modificación	27 mayo 1998

SIGNIFICATIVA más reciente

Cambios más recientes

El revisor no facilitó la información

Fecha de búsqueda de nuevos estudios no localizados

El revisor no facilitó la información

Fecha de localización de nuevos estudios aún no incluidos/excluidos

El revisor no facilitó la información

Fecha de localización de nuevos estudios incluidos/excluidos

El revisor no facilitó la información

Fecha de modificación de la sección conclusiones de los revisores

El revisor no facilitó la información

Dirección de contacto

Ms Linda Robertson
State Hospital
Carstairs
Lanark
ML11 8RP
Scotland
UK
tel: +44 1555 840293
m.nicol@leith.qmced.ac.uk
fax: +44 1555 840024

Número de la Cochrane Library

CD000381-ES

Grupo editorial

Cochrane Schizophrenia Group

Código del grupo editorial

HM-SCHIZ

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Recursos externos

- La información sobre los recursos de apoyo no está disponible

Recursos internos

- State Hospitals Health Board for Scotland UK
- Queen Margaret College, Edinburgh UK

Palabras clave

Medical Subject Headings (MeSH)

Activities of Daily Living; Adaptation, Psychological; Chronic Disease; Mental Disorders [rehabilitation]; Self Care; Social Adjustment

Mesh check words: Human

El contenido de esta información refleja las conclusiones y hallazgos propios de los autores, según la traducción realizada por los traductores y no son necesariamente los de Merck & Co., Inc., ni los de ninguna de sus afiliadas y se presenta como un servicio a las profesiones sanitarias.

GRÁFICOS