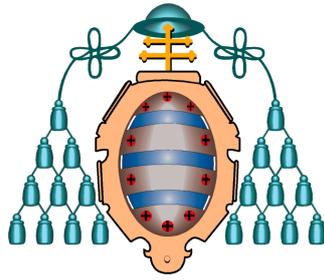


UNIVERSIDAD DE OVIEDO

Departamento de Psicología
Programa de Doctorado en Psicología

**CALIDAD DE VIDA Y FACTORES ASOCIADOS
EN LA ESQUIZOFRENIA**

Autora: M^a Isabel Gutiérrez López



UNIVERSIDAD DE OVIEDO

**CALIDAD DE VIDA Y FACTORES ASOCIADOS
EN LA ESQUIZOFRENIA**

Autora: M^a Isabel Gutiérrez López

Directoras: Dra. Yolanda Fontanil Gómez

Dra. M^a Ángeles Alcedo Rodríguez

TESIS DOCTORAL
Departamento de Psicología
2015



RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

| 1.- Título de la Tesis | |
|---|---|
| Español/Otro Idioma: CALIDAD DE VIDA Y FACTORES ASOCIADOS EN LA ESQUIZOFRENIA | Inglés: QUALITY OF LIFE AND ASSOCIATED FACTORS WITH SCHIZOPHRENIA |
| 2.- Autor | |
| Nombre: M ^a ISABEL GUTIÉRREZ LÓPEZ | DNI/Pasaporte/NIE: -F |
| Programa de Doctorado: PSICOLOGÍA | |
| Órgano responsable: UNIVERSIDAD DE OVIEDO | |

RESUMEN (en español)

El presente trabajo de investigación se ha realizado con el objetivo de ampliar el conocimiento existente en torno a la calidad de vida así como aquellos aspectos influyentes en la misma, en población con diagnóstico de esquizofrenia. La esquizofrenia es un trastorno mental grave altamente discapacitante debido al severo déficit funcional personal, social y laboral que frecuentemente origina. Asimismo, es una causa de importante sufrimiento tanto para la propia persona como para sus familiares y seres cercanos. Es por ello que en los últimos años el interés por conseguir una vida de calidad se ha forjado como un objetivo indiscutible dentro de todas las políticas socio-sanitarias ya que permite una atención integradora y multidimensional teniendo en cuenta las preferencias y necesidades de la persona. La calidad de vida ha pasado a ser un aspecto prioritario dirigido a favorecer el poder gozar de una vida más plena y satisfactoria.

A pesar de que en la actualidad contamos con una amplia bibliografía en torno a esta temática es una cuestión que dista de estar esclarecida ya que los trabajos realizados hasta la fecha arrojan resultados contradictorios. De esta forma, se hace necesario continuar trabajando en esta línea con el objetivo de conseguir modelos teóricos que cuenten con un fuerte apoyo empírico. Por otra parte, la mayor parte de los estudios existentes centran su interés en determinar qué aspectos resultan predictores de la calidad de vida, y de ellos, la psicopatología es, con diferencia, el factor más estudiado. Sin embargo, otras cuestiones de índole socio-cultural han suscitado un menor interés en su investigación, a pesar de la importancia reconocida que estos aspectos ejercen en la vida de las personas (Hales y Yudofsky, 2004).

A partir de este planteamiento se ha diseñado el presente trabajo de investigación en el que han participado 68 personas, todas ellas con diagnóstico de esquizofrenia desde hace más de 2 años, estables en el momento de la evaluación, y pertenecientes a dos áreas geográficas diferenciadas: una de carácter urbano y otra de carácter rural.

Para la evaluación de la calidad de vida se utilizaron dos cuestionarios: El WHOQOL-BREF (World Health Organization. WHOQOL Group, 1996) para la calidad de vida subjetiva y la QLS (Heinrichs, Hanlon y Carpenter, 1984) para una valoración externa de la calidad de vida. Además, se tomaron en cuenta otra serie de variables: los datos sociodemográficos, la psicopatología evaluada a través de la escala PANSS (Kay, Fiszbein y Opler, 1987), el funcionamiento global medido con la escala GAF (American



Psychiatric Association, 2002), el funcionamiento social mediante la escala SFS (Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton y Copestake, 1990) y el rendimiento cognitivo a través de una batería de evaluación neuropsicológica diseñada para tal fin y que incluyó las principales funciones cognitivas alteradas en la esquizofrenia (atención, velocidad de procesamiento, memoria de trabajo, memoria verbal y funciones ejecutivas). Los principales resultados obtenidos sugieren que la calidad de vida auto y heteropercebida deben ser consideradas como constructos relacionados pero independientes. Respecto a la calidad de vida evaluada por un observador externo, variables como el entorno de residencia (rural/urbano), el diagnóstico, la edad de inicio del trastorno, el funcionamiento global y algunos aspectos del funcionamiento social como la conducta interpersonal y el grado de competencia, emergen como potentes predictores. En cuanto a la calidad de vida subjetiva, la convivencia, así como el funcionamiento social respecto al aislamiento y la conducta interpersonal resultan los aspectos más significativos. En síntesis, en nuestra muestra los aspectos de índole socio-cultural resultan más influyentes en la calidad de vida que otros factores individuales como la psicopatología o el rendimiento cognitivo.

RESUMEN (en Inglés)

This research has been conducted with the objective of amplifying the existing knowledge regarding the quality of life of those with a diagnosis of schizophrenia, as well as other influential aspects. Schizophrenia is a highly disabling severe mental disorder caused by severe personal, social, and labor function deficits that arise frequently. Furthermore, it is a cause of major distress for the person themselves and their loved ones. This is why in recent years, interest in achieving a better quality life has been established as an indisputable objective within all mental health policies and has enabled an integrated and multidimensional focus, all the while taking into account the preferences and needs of the person diagnosed with schizophrenia. Quality of life has come to be a priority aspect, aimed at encouraging the ability to enjoy a full and satisfying life.

Although today we offer a wide selection of literature regarding this subject, the issue is far from being clarified as the research done to date yields contradictory results. Thus, it is necessary to continue working in this direction with the aim of achieving theoretical models that have strong empirical support. Moreover, the majority of the existing studies focus their interest on determining which aspects are predictors of quality of life, and of them, psychopathology is by far the most studied factor. Yet other questions of socio-cultural nature have attracted less interest in their research, despite the recognized importance of these aspects and the effect they have on the lives of people with schizophrenia (Hales y Yudofsky, 2004).

Based on this approach, this research was designed in which 68 people have participated, all diagnosed with schizophrenia since more than 2 years ago, stable at the time of the evaluation, and belonging to two different geographical areas: one of urban character and the other of rural character.

For the evaluation of the quality of life, two questionnaires were employed: The WHOQOL-BREF (World Health Organization. WHOQOL Group, 1996) for the



subjective quality of life and the QLS (Heinrichs, Hanlon y Carpenter, 1984) for an objective assessment of quality of life. In addition, another range of variables was taken into account: socio-demographic data, psychopathology evaluated through the PANSS scale (Kay, Fiszbein y Opler, 1987), overall performance measured by the GAF scale (American Psychiatric Association, 2002), social performance measured by the SFS scale (Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton y Copestake, 1990) and cognitive performance measured by a comprehensive neuropsychological battery designed for this purpose and which included the principle cognitive functions altered by schizophrenia (attention, processing speed, working memory, verbal memory and executive functions).

The principle results obtained suggest that the quality of life perceived by self and others should be considered as related but independent constructs. Regarding the quality of life evaluated by an external observer, variables such as the residential environment (rural/urban), the diagnosis, the age at onset, overall performance and aspects of social performance such as interpersonal behavior and the degree of proficiency, emerge as powerful predictors. In terms of the subjective quality of life, coexistence, as well as the social performance in regard to isolation and interpersonal behavior are proved to be the most significant aspects. In summation, in our study the aspects of socio-cultural nature prove to be more influential on the quality of life than other individual factors such psychopathology or cognitive performance.

SR. DIRECTOR DE DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

A Pelayo, por las horas robadas
A Pedro, por estar ahí

ÍNDICES

INDICE GENERAL

| | |
|--|----|
| ÍNDICE DE TABLAS..... | 17 |
| ÍNDICE DE FIGURAS | 19 |
| 1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE | 23 |
| 1.1. RESUMEN..... | 23 |
| 1.2. PALABRAS CLAVE..... | 26 |
| 2. JUSTIFICACIÓN..... | 26 |
| MARCO TEÓRICO..... | 30 |
| 3. CALIDAD DE VIDA Y ESQUIZOFRENIA | 32 |
| 3.1. INTRODUCCIÓN..... | 32 |
| 3.2. CALIDAD DE VIDA Y SALUD: ASPECTOS CONCEPTUALES | 33 |
| 3.3. ESQUIZOFRENIA..... | 40 |
| 3.3.1. EPIDEMIOLOGÍA..... | 40 |
| 3.3.2. INICIO Y CURSO..... | 40 |
| 3.3.3. ETIOPATOGENIA | 42 |
| 3.3.4. CUADRO CLÍNICO Y CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS..... | 44 |
| 3.3.5. TRATAMIENTO | 47 |
| 3.4. CALIDAD DE VIDA Y ESQUIZOFRENIA | 48 |
| 3.5. MODELOS DE CALIDAD DE VIDA EN LA ESQUIZOFRENIA..... | 51 |
| 3.5.1. MODELO GENERAL DE CALIDAD DE VIDA DE LEHMAN | 52 |
| 3.5.2. MODELO DE CALIDAD DE VIDA DE LA OMS..... | 54 |
| 3.5.3. MODELO MULTIDIMENSIONAL DE CALIDAD DE VIDA PARA PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS..... | 54 |
| 3.5.4. MODELO MEDIACIONAL DE LA CALIDAD DE VIDA..... | 56 |
| 3.5.5. MODELO DE VULNERABILIDAD DISTRESS-PROTECCIÓN | 57 |
| 3.5.6. MODELO HEURÍSTICO DE SCHALOCK Y VERDUGO..... | 60 |
| 3.6. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA ESQUIZOFRENIA..... | 61 |
| 3.6.1. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA ESQUIZOFRENIA | 65 |
| 3.6.2. INSTRUMENTOS GENÉRICOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA | 70 |
| 3.6.2.1. CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL (EQ-5D)..... | 70 |
| 3.6.2.2. CUESTIONARIO SF-36 SOBRE EL ESTADO DE SALUD (SF-36) | 71 |

| | |
|--|-----|
| 3.6.2.3. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (WHOQOL-100) | 71 |
| 3.6.3. INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA ESQUIZOFRENIA | 72 |
| 3.6.3.1. ENTREVISTA DE CALIDAD DE VIDA DE LEHMAN (QOLI) | 73 |
| 3.6.3.2. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (QLS)..... | 74 |
| 3.6.3.3. PERFIL DE CALIDAD DE VIDA DE LANCASHIRE (LQOLP)..... | 75 |
| 3.7. RESUMEN | 75 |
| 4. CALIDAD DE VIDA Y FACTORES ASOCIADOS EN LA ESQUIZOFRENIA .. | 78 |
| 4.1. INTRODUCCIÓN..... | 78 |
| 4.2. FACTORES ASOCIADOS | 79 |
| 4.2.1. CALIDAD DE VIDA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LA ESQUIZOFRENIA | 87 |
| 4.2.1.1. GÉNERO | 88 |
| 4.2.1.2. EDAD | 88 |
| 4.2.1.3. ESTADO CIVIL..... | 89 |
| 4.2.1.4. SITUACIÓN LABORAL..... | 89 |
| 4.2.1.5. NIVEL EDUCATIVO..... | 89 |
| 4.2.1.6. CONVIVENCIA | 90 |
| 4.2.2. CALIDAD DE VIDA Y PSICOPATOLOGÍA..... | 90 |
| 4.2.2.1. SINTOMATOLOGÍA | 90 |
| 4.2.2.2 . DIAGNÓSTICO..... | 95 |
| 4.2.2.3. TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL TRASTORNO..... | 96 |
| 4.2.3. CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO SOCIAL | 96 |
| 4.2.4. CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO COGNITIVO..... | 99 |
| 4.2.5. CALIDAD DE VIDA Y OTROS FACTORES | 103 |
| 4.2.6. CALIDAD DE VIDA, ESQUIZOFRENIA Y MEDIO RURAL..... | 105 |
| 4.2.6.1. EL MEDIO RURAL: DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS | 105 |
| 4.2.6.2. SALUD MENTAL, ESQUIZOFRENIA Y MEDIO RURAL | 108 |
| 4.2.6.3. SALUD MENTAL Y CULTURA | 111 |
| 4.2.6.4. CALIDAD DE VIDA Y ASPECTOS CULTURALES EN LA ESQUIZOFRENIA | 113 |
| 4.3. RESUMEN | 119 |
| 5. RESUMEN Y CONCLUSIONES DE LA PARTE TEÓRICA | 121 |

| | |
|--|-----|
| 5.1. RESUMEN | 121 |
| 5.2. CONCLUSIONES | 124 |
| PARTE EMPÍRICA | 128 |
| 6. INTRODUCCIÓN | 130 |
| 7. OBJETIVOS E HIPÓTESIS | 131 |
| 7.1. OBJETIVOS | 131 |
| 7.2. HIPÓTESIS DE TRABAJO | 132 |
| 8. METODO | 133 |
| 8.1. PARTICIPANTES | 133 |
| 8.2. INSTRUMENTOS DE MEDIDA | 137 |
| 8.2.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS | 137 |
| 8.2.2. CALIDAD DE VIDA | 137 |
| 8.2.2.1. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-VERSIÓN BREVE (WHOQOL- BREF) | 137 |
| 8.2.2.2. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (QLS)..... | 139 |
| 8.2.3. PSICOPATOLOGÍA..... | 140 |
| 8.2.3.1. ESCALA PARA EL SÍNDROME POSITIVO Y NEGATIVO DE LA ESQUIZOFRENIA (PANSS)..... | 140 |
| 8.2.4. FUNCIONAMIENTO SOCIAL..... | 141 |
| 8.2.4.1. ESCALA DE FUNCIONAMIENTO SOCIAL (SFS)..... | 141 |
| 8.2.4.2. ESCALA DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (GAF)..... | 142 |
| 8.2.5. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA..... | 143 |
| 8.2.5.1. TEST DE TRAZADO (TMT)..... | 143 |
| 8.2.5.2. DÍGITOS EN ORDEN DIRECTO E INVERSO..... | 144 |
| 8.2.5.3. CLAVE DE NÚMEROS..... | 145 |
| 8.2.5.4. TEST DE APRENDIZAJE VERBAL DE HOPKINS REVISADO..... | 145 |
| 8.2.5.5. LETRAS Y NÚMEROS..... | 146 |
| 8.2.5.6. TEST DE CLASIFICACIÓN DE TARJETAS DE WISCONSIN | 146 |
| 8.2.5.7. TEST DE ASOCIACIÓN CONTROLADA DE PALABRAS..... | 147 |
| 8.3. PROCEDIMIENTO..... | 147 |
| 8.4. ASPECTOS ÉTICOS | 148 |
| 8.5. ANÁLISIS DE LOS DATOS..... | 149 |
| 9. RESULTADOS | 149 |

| | |
|--|-----|
| 9.1. CALIDAD DE VIDA..... | 149 |
| 9.2. CALIDAD DE VIDA Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS..... | 151 |
| 9.2.1. SEXO..... | 151 |
| 9.2.2. LUGAR DE RESIDENCIA..... | 151 |
| 9.2.3. EDAD..... | 152 |
| 9.2.4. CONVIVENCIA..... | 153 |
| 9.2.5. ESTADO CIVIL..... | 154 |
| 9.2.6. EMPLEO..... | 155 |
| 9.2.7. NIVEL DE ESTUDIOS..... | 155 |
| 9.2.8. NÚMERO DE HERMANOS..... | 155 |
| 9.2.9. POSICIÓN EN EL NÚMERO DE HIJOS..... | 155 |
| 9.2.10. EDAD DE INICIO DEL TRASTORNO..... | 156 |
| 9.2.11. DIAGNÓSTICO..... | 156 |
| 9.2.12. NÚMERO DE INGRESOS..... | 157 |
| 9.2.13. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO..... | 157 |
| 9.3. PSICOPATOLOGÍA Y CALIDAD DE VIDA..... | 158 |
| 9.4. CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO SOCIAL..... | 158 |
| 9.5. CALIDAD DE VIDA Y RENDIMIENTO COGNITIVO..... | 161 |
| 9.5.1. ATENCIÓN Y VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO..... | 161 |
| 9.5.2. MEMORIA..... | 162 |
| 9.5.3. MEMORIA DE TRABAJO..... | 162 |
| 9.5.4. FUNCIONES EJECUTIVAS..... | 162 |
| 9.6. ENTORNO..... | 163 |
| 9.6.1. ENTORNO Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS..... | 163 |
| 9.6.2. ENTORNO Y CALIDAD DE VIDA..... | 164 |
| 9.6.2.1. CALIDAD DE VIDA, PSICOPATOLOGÍA Y ENTORNO..... | 164 |
| 9.6.2.2. CALIDAD DE VIDA, FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y ENTORNO..... | 166 |
| 9.6.2.3. CALIDAD DE VIDA, RENDIMIENTO COGNITIVO Y ENTORNO..... | 169 |
| 9.6.3. ENTORNO Y PSICOPATOLOGÍA..... | 172 |
| 9.6.4. ENTORNO Y FUNCIONAMIENTO SOCIAL..... | 172 |
| 9.6.5. ENTORNO Y RENDIMIENTO COGNITIVO..... | 173 |
| 9.7. ANÁLISIS PREDICTIVOS Y EXPLICATIVOS..... | 173 |
| 9.7.1. ESCALA QLS..... | 173 |
| 9.7.1.1. MODELO GENERAL..... | 173 |

| | |
|---|-----|
| 9.7.1.2. MODELOS DE VARIABLES CLÍNICAS PARA EL ENTORNO (RURAL Y URBANO)..... | 174 |
| 9.7.1.3. MODELOS DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS PARA LAS SUBESCALAS DE QLS | 175 |
| 9.7.2. ESCALA WHOQOL-BREF..... | 178 |
| 9.7.2.1. MODELO GLOBAL..... | 178 |
| 9.7.2.2. MODELOS DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS PARA LAS SUBESCALAS DE WHOQOL-BREF | 179 |
| 10. DISCUSIÓN..... | 180 |
| 11. CONCLUSIONES..... | 190 |
| 12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 193 |
| ANEXOS | 232 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|-----|
| Tabla 1. Instrumentos genéricos para la evaluación de la calidad de vida | 68 |
| Tabla 2. Instrumentos específicos para la evaluación de la calidad de vida en la esquizofrenia | 69 |
| Tabla 3. Calidad de vida y factores relacionados en pacientes con esquizofrenia | 83 |
| Tabla 4. Estudios de calidad de vida e influencia cultural en esquizofrenia | 114 |
| Tabla 5. Características sociodemográficas de la muestra | 135 |
| Tabla 6. Puntuaciones en calidad de vida mediante WHOQOL-BREF | 150 |
| Tabla 7. Puntuaciones en calidad de vida mediante QLS..... | 150 |
| Tabla 8. Puntuaciones de proporciones en calidad de vida mediante QLS | 151 |
| Tabla 9. Diferencias en las subescalas de QLS según el lugar de residencia..... | 152 |
| Tabla 10. Diferencias en las subescalas de QLS según la edad | 153 |
| Tablas 11. Diferencias en las subescalas de QLS según el tipo de convivencia | 154 |
| Tabla 12. Diferencias en las subescalas de WHOQOL-BREF según el tipo de convivencia | 154 |
| Tabla 13. Relación entre las subescalas de QLS y la edad de inicio del trastorno..... | 156 |
| Tabla 14. Comparaciones entre las subescalas de QLS y el tipo de diagnóstico | 157 |
| Tabla 15. Relaciones entre puntuaciones en las escalas PANSS y QLS..... | 158 |
| Tabla 16. Relaciones entre puntuaciones en las escalas GAF y QLS | 159 |
| Tabla 17. Relaciones entre puntuaciones en las escalas SFS y QLS..... | 159 |
| Tabla 18. Relaciones entre puntuaciones en las escalas SFS y WHOQOL-BREF | 160 |
| Tabla 19. Relaciones entre puntuaciones en las tareas de atención y QLS | 161 |
| Tabla 20. Relaciones entre puntuaciones en las tareas de memoria y QLS. | 162 |
| Tabla 21. Relaciones entre puntuaciones en la tarea FAS animales y QLS | 163 |
| Tabla 22. Relación entre PANSS y QLS en entorno urbano..... | 164 |
| Tabla 23. Relación entre PANSS y QLS en entorno rural | 165 |
| Tabla 24. Relación entre PANSS y WHOQOL-BREF en entorno urbano | 165 |
| Tabla 25. Relaciones entre puntuaciones en las escalas GAF y QLS en el entorno urbano..... | 166 |
| Tabla 26. Relaciones entre puntuaciones en las escalas GAF y QLS en el entorno rural | 166 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 27. Relaciones entre puntuaciones en las escalas GAF y WHOQOL-BREF en el entorno urbano | 167 |
| Tabla 28. Relaciones entre puntuaciones en las escalas SFS y QLS en el entorno urbano | 168 |
| Tabla 29. Relaciones entre puntuaciones en las escalas SFS y WHOQOL-BREF en el entorno urbano | 169 |
| Tabla 30. Relaciones entre puntuaciones tareas de atención y velocidad de procesamiento en el entorno rural | 170 |
| Tabla 31. Relaciones entre puntuaciones en WCST y QLS en el entorno rural..... | 171 |
| Tabla 32. Diferencias en la escala PANSS según el lugar de residencia | 172 |
| Tabla 33. Predictores sociodemográficos y clínicos de la puntuación QLS en pacientes con esquizofrenia | 174 |
| Tabla 34. Predictores clínicos de la puntuación QLS en población rural y urbana..... | 175 |
| Tabla 35. Análisis de regresión entre QLS y las variables sociodemográficas y clínicas | 176 |
| Tabla 36. Predictores sociodemográficos y clínicos de la puntuación WHOQOL-BREF | 178 |
| Tabla 37. Análisis de regresión entre WHOQOL y las variables sociodemográficas y clínicas..... | 179 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|--|-----|
| Figura 1. Modelo de calidad de vida de Lehman | 53 |
| Figura 2. Modelo multidimensional de calidad de vida de Awad, Voruganti y Heslegrave..... | 55 |
| Figura 3. Modelo mediacional de calidad de vida de Barry | 57 |
| Figura 4. Modelo de distress-protección de Ritsner, Gibel y Ratner | 58 |
| Figura 5. Box-plot de la escala QLS..... | 245 |
| Figura 6. Box-plot de la escala WHOQOL-BREF | 246 |
| Figura 7. Box-plot de las dimensiones de QLS | 248 |
| Figura 8. Box-plot de las dimensiones de WHOQOL-BREF | 250 |

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar señalar que esta tesis doctoral no hubiera sido posible sin el apoyo y ayuda de muchas personas que, de una manera u otra, han contribuido a que este proyecto llegara a su fin.

Quisiera empezar por agradecer a mis directoras, Yolanda Fontanil y Ángeles Alcedo su dedicación, orientación y confianza, sin las cuales llevar a cabo este proyecto no hubiera sido posible.

A Igor Bombín, por su colaboración y ayuda inestimable.

A María Ramos y Marcelino López, sin los cuales la realización de este trabajo hubiera sido imposible para mi.

Y destacar mi agradecimiento a todas aquellas personas que aceptaron voluntariamente participar en el estudio, invirtiendo su tiempo en enseñarnos qué camino debemos seguir.

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

1.1. RESUMEN

El trabajo que presentamos a continuación responde a la necesidad de contribuir al conocimiento sobre la calidad de vida, así como los factores influyentes en ésta, en las personas con diagnóstico de esquizofrenia. La primera parte de este trabajo se ha centrado en una exposición teórica acerca de las cuestiones más relevantes relacionadas con la evolución del concepto de calidad de vida, su aplicación en la esquizofrenia así como los factores asociados a la misma. A lo largo de dos capítulos, profundizaremos en estos aspectos con el objetivo de ofrecer un encuadre conceptual.

El concepto de calidad de vida es un asunto de suma importancia, ya que determina el grado de bienestar que experimenta una persona. Esta importancia se ve asimismo reflejada en la notable expansión que este paradigma ha sufrido en las últimas décadas (Fayes y Machin, 2013; Katsching, 2000; Schalock y Verdugo, 2003).

La calidad de vida, en su puesta en relación con la salud, ha supuesto un cambio radical en la forma de concebir las intervenciones sanitarias. El incremento de las enfermedades crónicas y los cambios en la visión de la salud/enfermedad han propiciado que los sistemas sanitarios, antes centrados casi exclusivamente en la curación como objetivo primordial, modifiquen sus esfuerzos hacia cuestiones relativas al bienestar, lo que incluye las preferencias y necesidades personales (Bobes, 1994; Urzúa, 2010). Dado que el sistema sanitario es una organización establecida para el cuidado y mejora de la salud de las personas, se hace necesario la incorporación de aquellos elementos que contribuyan al bienestar personal, más allá de la curación o reducción de síntomas.

Es de destacar la notable evolución que el término calidad de vida ha sufrido desde sus inicios. Sin embargo y, a pesar del gran volumen de trabajos existentes en la literatura en torno a esta temática, en el momento actual no existe un consenso en torno a este constructo (Aguado, Alcedo, Fontanil, Arias, Verdugo y Badia i Corbella, 2006; Gómez, Verdugo y Arias, 2010; Verdugo, Schalock, Arias, Gomez, y Urriés, 2013), por lo que su investigación se hace aún necesaria.

Uno de los esfuerzos investigadores más notables se ha realizado hacia el esclarecimiento de aquellos factores que producen un impacto significativo sobre la calidad de vida. El conocer qué condiciones propician o determinan una mayor o menor calidad de vida es, sin duda, un aspecto central que permitiría el desarrollo de programas más efectivos dirigidos a facilitar a las personas disfrutar de una vida más plena y beneficiosa.

Respecto al estudio de la calidad de vida en las personas con esquizofrenia, éste se inicia tras el movimiento de desinstitucionalización en salud mental, tras el cual, pronto se hizo patente la necesidad de modificar los objetivos terapéuticos previos. La remisión sintomatológica se descubrió como un objetivo necesario de complementar con otros parámetros que tuvieran en cuenta las necesidades individuales de los pacientes. En la actualidad, los planes de intervención en la esquizofrenia se componen de programas multidimensionales que implican la coordinación de distintas disciplinas (National Institute for Health and Care Excellence, 2013, 2014) y que incluyen dentro de sus prioridades la mejora en la calidad de vida.

Dentro de la calidad de vida en la esquizofrenia han sido muchos los factores estudiados con el objetivo de determinar cuáles resultan ser predictores de la misma (Lambert y Naber, 2004; Ritsner y Gibel, 2007; Tomotake, 2011). La psicopatología es, con diferencia, el factor más estudiado. Otros de los aspectos que han suscitado mayor interés entre los investigadores están relacionados con la psicofarmacología, los efectos secundarios de la medicación, el nivel de funcionamiento o el rendimiento cognitivo. Otras variables de índole socio-cultural han sido frecuentemente olvidadas, existiendo escasa bibliografía al respecto.

Los distintos trabajos publicados arrojan resultados contradictorios, no existiendo en el momento actual un consenso establecido sobre aquellos factores determinantes. Varios autores han señalado que las personas con esquizofrenia muestran una calidad de vida inferior a las personas sanas, y destacan la influencia en la calidad de vida de variables como el sexo, la edad, el estado civil, el nivel educativo, la duración del trastorno, la psicopatología (especialmente los síntomas negativos y depresivos) o los efectos secundarios de la medicación (Bobes, García-Portilla, Bascaran, Saiz y Bousoño, 2007). Sin embargo, existen trabajos que ofrecen resultados contrarios a

algunos de estos supuestos (Alptekin et al., 2005; Kunikata, Mino y Nakajima, 2005; Meijer, Koeter, Sprangers y Schene, 2009; Montemagni et al., 2014)

Teniendo en cuenta estos datos se plantea la necesidad de continuar investigando en torno a esta temática, por lo que se diseña el siguiente trabajo. En él han participado 68 personas, todos ellos usuarios de Centros de Salud Mental del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) y con diagnóstico establecido de Esquizofrenia, el cual fue realizado por facultativos especialistas en salud mental (psiquiatras y/o psicólogos clínicos) asociados al SESPA mediante los criterios diagnósticos de la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992). La muestra se reclutó en dos áreas geográficas, una de carácter urbano y otra de carácter rural. La muestra urbana estuvo compuesta por 43 personas y la rural por 25. Asimismo, para el presente estudio solo se incluyó personas con más de 2 años de evolución del trastorno y que se encontraran estabilizadas en el momento de la evaluación.

Respecto a las características de la muestra, destacar que un 70,6% de las personas fueron varones, la edad media fue de 44 años, un 58,8% vivía con su familia de origen, el 72% eran solteros y un 72,1% había sido diagnosticado de Esquizofrenia Paranoide. Todas las personas que participaron en el estudio lo hicieron de forma voluntaria.

Los instrumentos de evaluación utilizados fueron: el “Instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud- Versión breve” (*World Health Organization Quality of life, WHOQOL-BREF*; WHOQOL Group, 1996) y la “Escala de Calidad de Vida” (*Quality of Life Scale, QLS*; Heinrichs, Hanlon y Carpenter, 1984) para la evaluación de la calidad de vida, la “Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia” (*Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS*; Kay, Fiszbein, y Opler, 1987) para la psicopatología, la “Escala de Funcionamiento Social” (*Social Functioning Scale, SFS*; Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton y Copestake, 1990) y la “Escala de la Actividad Global” (*Global Assessment of Functioning, GAF*; American Psychiatric Association, 2002) para medir el funcionamiento social y global. Además, se diseñó una batería de exploración neuropsicológica que comprendió las principales funciones cognitivas cuyo deterioro ha sido ampliamente descrito en la esquizofrenia: atención, velocidad de procesamiento, memoria de trabajo, aprendizaje y memoria verbal y funciones ejecutivas.

Los principales resultados obtenidos en el presente trabajo sugieren que existe una correlación moderada entre la calidad de vida auto y heteropercebida por lo que deben ser considerados como constructos relacionados pero independientes. Respecto a la calidad de vida evaluada por un observador externo el modelo que tiene en cuenta el entorno de residencia (rural/urbano), el diagnóstico, la edad de inicio del trastorno, el funcionamiento global y algunos aspectos del funcionamiento social como la conducta interpersonal y el grado de competencia, explica en nuestra muestra un 68% de la varianza. En cuanto a la calidad de vida subjetiva, el modelo que tiene en cuenta la convivencia así como el funcionamiento social respecto al aislamiento y la conducta interpersonal explica un 47,3% de la varianza. Por último, en lo referente a las posibles diferencias entre la muestra rural y urbana, encontramos que los pacientes del medio rural presentan una menor calidad de vida heteroevaluada y una mayor gravedad psicopatológica, no mostrando diferencias en cuanto al nivel de funcionamiento general, social ni cognitivo.

Los hallazgos obtenidos son discutidos a la luz de la bibliografía existente.

1.2. PALABRAS CLAVE

Calidad de vida, esquizofrenia, psicopatología, funcionamiento social, rendimiento cognitivo, urbano-rural.

2. JUSTIFICACIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que se estima afecta en torno a un 1% de la población general. Aunque de curso variable, la mayor parte de las personas presentan un curso crónico, siendo una de las 20 primeras causas sanitarias de discapacidad grave en la población mundial (World Health Organization, 2011). Generalmente el inicio ocurre en la primera década de la vida adulta, afectando al funcionamiento global de la persona, tanto a nivel conductual como cognitivo y emocional. Es, por sus características, un trastorno que produce una importante devastación, tanto a nivel personal como familiar. Además, las personas con esquizofrenia son frecuentemente discriminadas y estigmatizadas (Thornicroft et al., 2009). Es por ello que se ha señalado a la esquizofrenia asociada a una pérdida

importante del nivel de calidad de vida (Bernardo y Bioque, 2011; Maat, Fett, Derks y GROUP Investigators, 2012; Woon, Chia, Chan y Sim, 2010).

La calidad de vida se ha convertido en las últimas décadas en un objetivo ineludible en cualquier programa de intervención en pacientes con esquizofrenia. Los tratamientos unidimensionales centrados casi en exclusiva en la intervención farmacológica, han dejado paso a la combinación de equipos multiprofesionales en los que la funcionalidad y la calidad de vida ocupa un papel prioritario (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009; Martín, 2009). Paralelamente, la investigación sobre este concepto ha ido en aumento, y la búsqueda de predictores que permitan favorecer la calidad de vida se ha establecido como un objetivo primordial.

Sin embargo, y como se ha comentado previamente, en el momento actual todavía no se ha alcanzado un consenso en cuanto a los factores determinantes. A este respecto, una dificultad añadida estriba en el hecho de que la falta de consenso conceptual del término calidad de vida ha provocado que distintos autores denominen igualmente lo que pudieran ser constructos distintos, como es el caso de la calidad de vida subjetiva y objetiva (o, más exactamente, evaluada externamente), lo que ha originado un fuerte debate en torno a ello (Fitzgerald et al., 2001; Hayhurst, Massie, Dunn, Lewis y Drake, 2014).

Por otra parte, cabe señalar que la mayor parte de los estudios recogidos en la bibliografía se centran en la investigación de variables relacionadas con el funcionamiento individual, quedando relegados los aspectos contextuales a pesar de la influencia referenciada que los factores socioculturales ejercen sobre la evolución y expresión de la esquizofrenia (Brown, 2011; Freeman, 2000).

Desde esta perspectiva se ha diseñado la presente investigación que persigue el objetivo de estudiar los factores predictores de la calidad de vida desde una perspectiva amplia. Para ello se tuvieron en cuenta, además de aquellos aspectos frecuentemente asociados con la evolución de la esquizofrenia, tales como la psicopatología, el funcionamiento global y social, y el rendimiento cognitivo, otro tipo de aspectos de características contextuales, tales como el entorno rural/urbano en el que viven las personas. Asimismo, el trabajo que presentamos incluyó una valoración independiente

de la calidad de vida auto y heteropercebida, con el objetivo de estudiar sus características diferenciales.

Una vez introducido y justificado nuestro trabajo, pasamos a exponer los contenidos del mismo que, como suele ser habitual, se ha estructurado en dos partes, una teórica y otra empírica.

La **parte teórica** se compone de dos capítulos diferenciados. En el primer capítulo se realiza un acercamiento teórico al concepto de calidad de vida y su aplicación a la esquizofrenia. Comenzaremos con una exposición de la evolución conceptual del término así como de la dificultad para alcanzar una posición unificada, situación que se mantiene presente aún en la actualidad. Continuaremos con un acercamiento a las características asociadas a la esquizofrenia y a la calidad de vida en la misma. Para finalizar, nos centraremos en la evaluación de la calidad de vida en las personas con esquizofrenia, aspecto envuelto en una notable polémica.

En el segundo capítulo realizaremos un recorrido sobre aquellos factores que se han encontrado relacionados con la calidad de vida en la esquizofrenia mediante una revisión de los mismos. Seguidamente se expone una presentación del medio rural así como la influencia del ambiente en la evolución y la calidad de vida.

Cerraremos la parte teórica con una síntesis de los principales aspectos abordados en estos dos capítulos.

La **parte empírica** muestra el trabajo investigador realizado. Comenzaremos con los objetivos e hipótesis de partida, el procedimiento de selección de la muestra de estudio y los instrumentos de evaluación utilizados. Seguidamente presentamos los resultados obtenidos para pasar a su discusión. Finalizaremos esta parte con las principales conclusiones extraídas así como algunas sugerencias de futuras investigaciones.

Los últimos capítulos se dedican a recoger las referencias bibliográficas consultadas y los anexos.

Una vez expuestos los motivos que han guiado el presente trabajo de investigación así como la estructura que se ofrece, iniciaremos el desarrollo del mismo.

PARTE TEÓRICA

3. CALIDAD DE VIDA Y ESQUIZOFRENIA

3.1. INTRODUCCIÓN

El estudio e interés por la calidad de vida constituye un área de interés científico que ha sufrido una notable expansión en las últimas décadas. Desde su aparición, en torno a los años 50, el volumen de publicaciones y referencias a este concepto ha ido en aumento hasta lograr consolidarse como un aspecto esencial en la búsqueda del estado de bienestar (Ritsner y Gibel, 2007; Schalock y Verdugo, 2006; Verdugo, Schalock Arias, Gómez y Jordán, 2013). Sin embargo, y a pesar de la extensa literatura centrada en esta temática, la definición conceptual es algo que todavía genera una importante polémica y no está exenta de notables desacuerdos.

Las aproximaciones iniciales al estudio de la calidad de vida abogaban por una visión centrada en criterios objetivos en la que se tuviera en cuenta las condiciones de vida de una persona. Este acercamiento pronto se entendió como insuficiente y necesario de complementar con otros elementos que permitieran conocer la percepción subjetiva que la propia persona tiene acerca de su vida (Bobes, García-Portilla, y Bousoño, 1995). Actualmente, la suma de ambas posiciones, los aspectos subjetivos y objetivos de la calidad de vida, parece ser la postura más aceptada aunque se difiere en las dimensiones a tener en cuenta (Verdugo et al., 2013). La percepción subjetiva de la propia vida se entendería como un elemento imprescindible a tener en cuenta en la consideración de la calidad de vida, pero las condiciones en las que se desenvuelve el individuo resultan una condición necesaria para alcanzar una vida de calidad (Katsching, 2000a).

Aunque las dificultades conceptuales presentes en este término son notables, esto no ha provocado una pérdida de interés por el mismo. Lejos de eso, se ha convertido en un objetivo esencial de cualquier planificación sanitaria y social. La calidad de vida se establece como un índice indiscutible de mejora en el abordaje sanitario en las distintas disciplinas y especialidades. En salud mental, aunque de forma algo más tardía que en las afecciones físicas, la calidad de vida también se ha instaurado como un parámetro primordial a tener en cuenta, sobre todo en relación al trastorno mental grave.

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta al funcionamiento global de la persona y que cursa con alteraciones en casi todas las funciones mentales, lo que incluye variables emocionales, cognitivas y conductuales. Aunque inicialmente el tratamiento de la esquizofrenia estaba dirigido casi exclusivamente a la disminución de los síntomas psicóticos, en las últimas décadas han adquirido una fuerza creciente los tratamientos multicomponentes dirigidos a las distintas esferas de la vida de la persona, y en los que adquiere una especial relevancia la mejora de la calidad de vida.

En este primer capítulo de la presente tesis doctoral realizaremos un acercamiento teórico a la calidad de vida en la esquizofrenia. En primer lugar, comenzaremos con un repaso sobre algunas de las aproximaciones conceptuales realizadas hasta la fecha en torno a la calidad de vida en el contexto de la salud y donde se muestra la controversia existente en la definición del concepto.

En el siguiente apartado, nos ocuparemos de las principales características de la esquizofrenia de forma que nos permitan un acercamiento a la comprensión de este trastorno.

Seguidamente, trataremos los principales modelos publicados sobre la calidad de vida en la esquizofrenia. Se ha incluido en esta exposición el modelo de Schalock y Verdugo, un modelo no específico para las personas con esquizofrenia pero que merece atención por su relevancia en el momento actual. Continuaremos con un análisis de la evaluación de la calidad de vida en la esquizofrenia y las dificultades y reticencias que éste proceso implica, así como de los principales instrumentos psicométricos disponibles. Finalizaremos este capítulo con un breve resumen de la temática expuesta.

3.2. CALIDAD DE VIDA Y SALUD: ASPECTOS CONCEPTUALES

Los avances científicos y terapéuticos desarrollados en la segunda mitad del siglo XX han supuesto un giro en torno a la visión de la enfermedad. La medicina, antes centrada en la prolongación de la vida como objetivo esencial, encuentra en los enfermos crónicos un nuevo desafío y comienza a plantearse en qué condiciones vivir es mejor que morir. La calidad de la supervivencia pasa a convertirse en un elemento central, dando un nuevo giro a la forma de entender la medicina.

Consecuentemente a este cambio en la visión de la salud se producen profundas transformaciones en las medidas de evaluación de los tratamientos. Inicialmente centradas casi exclusivamente en la eficacia (o no) de las distintas intervenciones van modificando sus intereses por cuestiones como la rentabilidad y la efectividad hasta llegar a centrarse en criterios de utilidad, entre los que se incluyen las repercusiones que las intervenciones médicas tienen en la vida de los pacientes (Bobes, 1994; Schalock y Verdugo, 2003; Urzúa, 2010; Verdugo et al, 2013).

Es en este contexto en el que surge el concepto de calidad de vida relacionada con la salud. Las necesidades de los pacientes, tales como el bienestar, la autonomía y el sentido de propiedad, se van abriendo paso en el proceso terapéutico como un objetivo primordial. El análisis de la mortalidad y la reducción de síntomas se van descubriendo como un objetivo claramente insuficiente, que necesita ser complementado con nuevos indicadores que tengan en cuenta las necesidades y preferencias personales.

El término calidad de vida supone una nueva forma de concebir la terapéutica, un concepto multidimensional que prima el bienestar frente a la curación y que ofrece parámetros que permiten evaluar las nuevas necesidades a las que hacer frente.

Se produce así un interés por la calidad de vida que ha ido incrementándose en los años 70 y 80, constituyendo un verdadero fenómeno en los años 90 (Katsching, 2000b; Schalock y Verdugo, 2003). Este fenómeno ha seguido manteniéndose a lo largo del siglo XXI y el interés por el estudio de la calidad de vida continua vigente en la actualidad. Las investigaciones y publicaciones en torno a este constructo han ido en ascenso llegando incluso a la creación de revistas y sociedades monográficas. Las cifras registradas en la literatura reflejan este interés creciente. De los 1.421 artículos incluidos en Pubmed en los años 70 relacionados con la calidad de vida, se pasa a 6.735 en los años 80, incrementándose hasta 29.490 en los años 90. La primera década del año 2000 mantiene esta tendencia, arrojando 95.343 publicaciones, y la segunda década parece seguir el mismo camino. Desde 2011 hasta junio de 2014 se recogen 63.625 referencias, lo que indica que el conocimiento de la calidad de vida es un tema que continua suscitando un importante interés investigador.

Leighton (1993) ha señalado algunos de los cambios que han contribuido a esta curiosidad creciente en el ámbito de la calidad de vida: el incremento de las

enfermedades crónicas, el traslado de la gestión de la salud de los sanitarios a los pacientes y gestores, y las nuevas normativas en la práctica médica que priman la evaluación del impacto de las intervenciones. A su vez, se producen cambios en las políticas sanitarias que urgen a proteger y promover la salud en todos los individuos del mundo. La salud pasa a ser uno de los índices indiscutibles del desarrollo de una sociedad y ésta pasa a ser medida mediante la mejora de las condiciones y de la calidad de vida que disfrutaban los individuos pertenecientes a esta sociedad.

Sin embargo, y a pesar del gran volumen de literatura en torno a esta temática, el concepto de calidad de vida sigue originando cierta confusión y discusión, no existiendo a día de hoy un enfoque unificado (Aguado, Alcedo, Fontanil, Arias, Verdugo y Badia i Corbella, 2006; Gómez, Verdugo y Arias, 2010; Verdugo, et al., 2013). Las publicaciones existentes en torno a la definición del concepto reflejan esta confusión encontrando definiciones muy dispares dirigidas al mismo concepto.

El concepto de calidad de vida ha sufrido profundos cambios, evolucionando desde el concepto sociológico de los años 60-70, en el que primaba una visión objetiva del nivel de vida (Bobes et al., 1995), hasta la actual perspectiva psicosocial, en la que se ponen de relieve los aspectos subjetivos del bienestar.

Los modelos sociológicos ponen el acento de la calidad de vida en la cobertura de las necesidades humanas básicas (nutrición, vivienda, sanidad, etc.), de manera que los indicadores a tener en cuenta en la consideración de este constructo se relacionan con aquellos aspectos materiales considerados como necesarios desde una perspectiva social.

Dentro de esta aproximación, instituciones como la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico desarrolla, en el año 1973, un paradigma que fue considerado como un modelo consistente acerca de los parámetros a tener en cuenta en la medición de la calidad de vida objetiva. Este concepto quedaba definido en torno a una serie de factores, a saber: salud, desarrollo individual mediante la educación, empleo y calidad laboral, tiempo y ocio, bienes y servicios, entorno físico, seguridad personal y administración de justicia, y oportunidad y participación (Organisation for Economic Cooperation and Development y Working Party on Social Indicators, 1973). Sin embargo, estos indicadores no resultaron útiles en el marco de la política social.

Algunos de los aspectos señalados como posibles causantes de esta limitación tienen que ver con los desacuerdos en cuanto a las dimensiones e indicadores relevantes a tener en cuenta en la consideración de la calidad de vida objetiva, así como la escasa asociación entre las condiciones objetivas de vida y la percepción subjetiva de las mismas (Bobes, 1994).

Como algunos autores han señalado, la calidad de vida objetiva mostraba una relación mínima o pobre con la percepción subjetiva de la calidad de vida. Se encontró que la percepción personal de satisfacción vital estaba escasamente relacionada con las condiciones objetivas de calidad. Una vez superadas las mínimas condiciones de vida, el determinante esencial de la percepción de una buena calidad de vida resultaba ser la coincidencia entre las expectativas y necesidades percibidas por el individuo y las características de su situación (Bobes et al., 1995). En este contexto, algunos autores encontraron a los indicadores objetivos como parámetros no suficientes por sí mismos para dar cuenta de la complejidad del concepto (Najman y Levine, 1981), y los modelos subjetivos en los que se tuviera en cuenta aspectos como las expectativas, capacidades y necesidades personales, comenzaron a abrirse paso hasta constituir un pilar fundamental en la concepción de la calidad de vida actual.

Aparece una nueva perspectiva en la que, si bien no se niega la importancia de los componentes objetivos del bienestar, los aspectos subjetivos constituyen el factor esencial e imprescindible para comprender la calidad de vida de los individuos. Las condiciones objetivas de vida consideradas por los modelos sociológicos como la esencia de la calidad de vida pasaron a tomar un papel condicionado por las percepciones subjetivas de las mismas. No se trataría entonces tanto de las condiciones vitales en sí mismas sino de la valoración subjetiva que el individuo hace de ellas.

El concepto de calidad de vida va evolucionando. El elevado interés por el estudio de la calidad de vida favoreció la aparición de nuevos modelos y formas de entenderla. Sin embargo, este gran volumen de aportaciones no consiguió el establecimiento de un modelo unificado y la falta de consenso a la hora de concebir la calidad de vida fue originando una importante confusión en torno este concepto.

Dada la disparidad de definiciones y la dificultad para encontrar un modelo común en torno al concepto de calidad de vida relacionada con la salud, en el año 1994, la

Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como la *“percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”* (World Health Organization. WHOQOL Group, 1996).

A partir de los años 90 se produce un importante esfuerzo dirigido a alcanzar una base conceptual y empírica que permitiera una mayor comprensión de la calidad de vida. Este esfuerzo ha proseguido en la década de los 2000, donde se produce un cierto acuerdo en la consideración de la calidad de vida en base a 4 directrices generales (Schalock y Verdugo, 2006):

1. Reconocimiento de la multidimensionalidad de la calidad de vida.
2. Desarrollo de indicadores que permitan operacionalizar las distintas dimensiones de la calidad de vida.
3. Evaluación tanto de aspectos subjetivos como objetivos de la calidad de vida.
4. Priorizar los predictores de resultados de calidad.

Algunos autores han realizado revisiones de las múltiples definiciones conceptuales existentes, agrupando las mismas en torno a una serie de categorías (Felce y Perry, 1995; Urzúa y Caqueo-Urizar, 2012):

- Calidad de vida como Condiciones de vida. Desde esta perspectiva se entiende la calidad de vida como el resultado de las circunstancias objetivas de vida de una persona, tales como las condiciones de la vivienda, la salud física, el entorno físico o las relaciones sociales, entre otras.
- Calidad de vida como Satisfacción con la vida. Las definiciones incluidas en este modelo entienden la calidad de vida como una forma de percepción subjetiva de la satisfacción de cada persona con su propia vida, una forma de sensación de bienestar.
- Calidad de vida como la suma de las Condiciones de vida y la Satisfacción con la vida. Desde estos modelos se pretende integrar aspectos recogidos en los dos enfoques anteriores. El nivel de calidad de vida de una persona sería

el resultado tanto de las condiciones objetivas de la vida en la que se encuentra como de la satisfacción que muestra en cada una de ellas.

- Calidad de vida como la suma de las Condiciones de vida y la Satisfacción con la vida mediadas por los valores. La calidad de vida se entiende como un estado de bienestar que aúna tanto las características objetivas vitales como la satisfacción subjetiva con la vida, todo mediatizado por el sistema de valores en el cual se vive y su relación con las expectativas, intereses, metas y estándares.

Unido al debate entre la consideración de medidas objetivas y/o subjetivas se encuentra la cuestión acerca de las dimensiones o indicadores fundamentales a tener en cuenta en el estudio de la calidad de vida, así como el peso y la prioridad que se le asigna a cada uno de ellos.

El término calidad de vida relacionada con la salud se ha utilizado en algunas ocasiones de una forma restringida a una visión unidimensional ligada exclusivamente a la salud/enfermedad. Otras veces, la calidad de vida se describe como vinculada a un concepto global que va más allá de lo puramente sanitario y que incluye otros aspectos influyentes en la vida de la persona. Dentro de los estudios sanitarios no parece extendida la aplicación multidimensional del término sino que se sigue centrando en el bienestar físico y emocional (Schalock y Verdugo, 2003; Verdugo et al., 2013). No obstante, cabría aquí señalar una posible excepción en referencia a los estudios realizados en torno a aspectos relacionados con la salud mental, donde las referencias multidimensionales aparecen desde sus inicios. En los trabajos que optan por una perspectiva multidimensional, los dominios que más frecuentemente se han considerado como componentes de la misma son: el funcionamiento físico y psicológico, la independencia funcional, las relaciones sociales, los factores ambientales y las aspiraciones personales de orden superior.

A pesar del importante debate en torno a la unificación de criterios que definan las dimensiones a tener en cuenta en el estudio de este constructo, muchos autores han señalado que, más que encontrar el número de dimensiones implicadas en la calidad de vida, lo realmente esencial es el consenso en los siguientes aspectos: la estructura multielemento del modelo de calidad de vida, el reconocimiento de la persona como

conocedora de los aspectos importantes para ella misma, y la necesidad de que el grupo de dimensiones represente el constructo completo de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2003).

A pesar de las diferencias más o menos evidentes entre los distintos enfoques, en general, se observa que tienden a dar cuenta de distintos aspectos comunes: qué es la calidad de vida, qué parámetros la definen y qué peso tiene cada uno de ellos.

En definitiva, aunque en el momento actual no existe una definición claramente unificada, sí parece ampliamente aceptado el concepto de calidad de vida como un concepto integral que abarca tres dimensiones globales:

- la sensación subjetiva de bienestar,
- el estado funcional de la persona en su vida diaria (incluyendo el autocuidado y el funcionamiento social) y
- los recursos externos tanto materiales como de apoyo social (incluyendo la posibilidad de acceso a los mismos y las oportunidades para conseguir intereses personales).

La primera dimensión se ha designado como calidad de vida subjetiva y las dos últimas como objetiva (Lehman, 2000).

Así pues, la calidad de vida no podría ser definida sólo por la sensación de bienestar o satisfacción con la vida sino que incluiría necesariamente la relación de una persona con su medio ambiente, es decir, la capacidad para funcionar en varios dominios vitales así como la posibilidad de acceder a recursos y oportunidades. Desde esta perspectiva se entiende que el bienestar de la persona es el objetivo a conseguir, pero la capacidad funcional y la posibilidad de acceso a los recursos sería un prerrequisito para alcanzarla (Katschnig, 2000a).

Aparte de las discusiones acerca de qué aspectos resultan más definitorios y relevantes en la calidad de vida, lo claro es que es un aspecto crucial en la asistencia sanitaria de los trastornos crónicos. El concepto de calidad de vida en relación con la salud ha proporcionado un cambio en la visión y en las prioridades del cuidado sanitario, desarrollando una nueva estructura de atención centrada en el individuo y con unos principios dirigidos al bienestar subjetivo y psicológico de las personas.

Para algunos autores (Schalock y Verdugo, 2003; Verdugo et al., 2013), el concepto de calidad de vida está siendo utilizado como una visión sensibilizadora en la perspectiva del individuo, centrada en una vida de calidad. Se trataría de un constructo social que permite evaluar las áreas centrales de la calidad de vida así como unificar políticas y prácticas orientadas a la calidad de vida.

Dentro de las políticas sanitarias, otros autores como Albrecht y Fitzpatrick (Katsching, 2000b), señalan cuatro usos de la calidad de vida en medicina: la planificación de la asistencia sanitaria de los pacientes, la medida de evaluación de ensayos clínicos, como forma de valoración de necesidades sanitarias poblacionales, y para la distribución de recursos.

3.3. ESQUIZOFRENIA

3.3.1. EPIDEMIOLOGÍA

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que se estima afecta en torno al 1% de la población global, con prevalencias que oscilan entre el 0,6 y el 1,7%, y variaciones según el país y el grupo étnico. Las cifras de prevalencia observadas en países desarrollados son superiores a las obtenidas en países en vías de desarrollo o no desarrollados. Algunas de las causas que se han atribuido a este hecho son la distinta estimación numérica de los casos así como la diferencia en el curso y la tasa de mortalidad (Vallejo, 2006).

3.3.2. INICIO Y CURSO

El inicio tiene lugar generalmente entre los últimos años de la segunda década de la vida y la mitad de la cuarta, siendo rara su aparición antes de la adolescencia. En general, el desarrollo se suele producir de forma lenta y gradual, con la presentación de distintos síntomas y signos prodrómicos previos a la fase activa, aunque también puede ocurrir un inicio brusco, sobre todo tras la aparición de estresores intensos (American Psychiatric Association, 2014; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009).

En general, es ampliamente aceptado que la edad de inicio y la evolución tiene características diferenciales en función del sexo. En los hombres se sitúa un inicio más temprano, entre los 15 y los 25 años, mientras que en las mujeres el inicio se suele retrasar entre los 25 y los 35 años. En éstas, el curso de la enfermedad suele ser más favorable, con una mayor aparición de síntomas positivos y una menor frecuencia de síntomas negativos y de desorganización. El deterioro generalmente es menor así como la afectación del funcionamiento social (Bernardo y Bioque, 2011; Vallejo, 2006).

Sin embargo, un metaanálisis reciente (Eranti, MacCabe, Bundy, y Murray, 2013) indica que las diferencias de género en el inicio de la esquizofrenia pueden ser menores de lo que se había pensado anteriormente, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo, especialmente cuando se realiza el diagnóstico mediante los criterios CIE de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Respecto a su evolución, mientras que históricamente se ha considerado que el inicio de la esquizofrenia suponía una ruptura en la vida del paciente, desde las perspectivas integradoras actuales se atiende a una consideración de carácter temporal, situando varias fases en la presentación del trastorno: fase premórbida, fase prodrómica, psicosis incipiente, fase aguda y fase de recuperación (Tizón, 2013):

- Fase premórbida. En esta fase tiene lugar la acumulación de “factores de riesgo” (problemas biológicos pre o perinatales, alteraciones del desarrollo, problemas de socialización u otros síntomas) que tienen lugar desde la infancia y adolescencia.
- Fase prodrómica. Aparición de síntomas psicóticos atenuados y/o fluctuantes. Esta fase se estima que tiene una duración entre 2 y 11 años.
- Psicosis incipiente. Previo al desarrollo de una psicosis se produce un periodo de entre unos meses y uno o dos años en los que la persona sufre un empeoramiento de la sintomatología y un agravamiento del sufrimiento, la ansiedad y el aislamiento.
- Fase aguda. Es lo que comúnmente se conoce como “brote”, la sintomatología psicótica se acentúa y se produce una ruptura con el mundo y la identidad.

- Fase de recuperación. Se estima que hay un “periodo crítico” de unos 5 años siguientes al primer episodio psicótico. Las personas que se recuperan de manera total lo hacen en este periodo. El resto sufrirá un curso crónico con diferente evolución según la persona.

En lo que se refiere a la afectación vital que provoca, ésta se produce de una forma variable. Se estima que en un 20% de las personas el curso es favorable y un pequeño número se recupera de manera completa. Sin embargo, la mayor parte de las personas presentan un curso crónico, con remisiones y exacerbaciones en unos casos y con un deterioro progresivo en otros. La evolución de una persona con diagnóstico de esquizofrenia es algo que en la actualidad todavía no se puede predecir de una manera fiable debido, en gran medida, al desconocimiento de la mayor parte de factores que influyen en el curso y en el pronóstico del trastorno (American Psychiatric Association, 2014).

Algunos de los factores que se han considerado como aspectos de mal pronóstico tienen que ver con un peor ajuste social y académico premórbido, un inicio insidioso, edad temprana de aparición, predominancia de síntomas negativos, importante deterioro cognitivo y sexo masculino, mientras que un inicio brusco asociado a acontecimientos estresantes, el vivir en países en vías de desarrollo o un buen apoyo familiar se asocian a un mejor pronóstico (Perkins y Lieberman, 2012). También en relación con el pronóstico, otros autores consideran que para favorecer una buena evolución se debe permitir un tratamiento multidisciplinar que vaya más allá de lo farmacológico y que permita una buena integración personal y familiar (Tizón, 2013). La intervención precoz conjunta a nivel farmacológico, psicoterapéutico, familiar y social se ha relacionado con una mejor evolución en los primeros episodios de psicosis (Alvarez-Jimenez, Parker, Hetrick, McGorry y Gleeson, 2011; McFarlane et al., 2014; Müller, Laier y Bechdorf, 2014).

3.3.3. ETIOPATOGENIA

A pesar de la gran cantidad de investigación científica dedicada al conocimiento de las causas de la esquizofrenia, todavía no se conoce con seguridad qué es lo que la

origina. En la literatura actual se pueden encontrar varias hipótesis que oscilan desde las perspectivas más biológicas hasta las más integradoras.

Según las teorías biologicistas, la esquizofrenia se produce por una causa orgánica bioquímica y, por tanto, su tratamiento deberá ir dirigido a la restauración de estas mismas condiciones por medio de intervenciones biológicas. Siguiendo estos enfoques, los factores biológicos que podrían producir la esquizofrenia tienen que ver con defectos genéticos, metabólicos, infecciosos, endocrinos o traumáticos.

Del otro lado, las aproximaciones psicológicas relacionan el origen de la esquizofrenia con cuestiones ambientales, de aprendizaje o interpersonales. La esquizofrenia no tendría lugar como algo preconfigurado en el individuo sino que sería el resultado de determinadas condiciones psicológicas y/o familiares que vive la persona.

No es el objetivo de este apartado realizar un análisis exhaustivo de las teorías etiológicas de la esquizofrenia, por lo que a continuación se realizará una breve exposición de los modelos que más reconocimiento tienen en la literatura actual: el modelo de vulnerabilidad al estrés y el modelo del neurodesarrollo.

Los modelos de vulnerabilidad suponen un punto intermedio entre las teorías biológicas y las psicológicas al aunar, por lo general, genética y ambiente. Siguiendo estos enfoques, las personas que desarrollarán esquizofrenia serán aquellas con una predisposición biológica previa, de manera que más que una herencia de la esquizofrenia, habría una herencia a la vulnerabilidad para adquirirla. Una vez expuestas a determinados estresores ambientales, las personas vulnerables son las que desarrollarán la esquizofrenia (Tourinho, Inglott, Baena y Fernández, 2007; Ingram y Luxton, 2005). Este enfoque ofrece amplias posibilidades de tratamiento más allá del puramente biológico, y dotan de gran relevancia a la intervención sobre otros aspectos como, por ejemplo, el trabajo sobre las familias. Sin embargo, algunos autores siguen viendo importantes limitaciones en estos modelos por la tendencia imperante a atribuir el origen de la vulnerabilidad a causas mórbidas biológicas (Morrison, Renton, Dunn, Williams, y Bentall, 2012).

En esta misma línea, otros clínicos señalan que, si bien la vulnerabilidad a la esquizofrenia puede provenir de causas biológicas, también puede tener otros orígenes

de tipo no biológico; se habla entonces de “*diferentes dimensiones de la vulnerabilidad*” caracterizadas por 3 aspectos: graves factores de riesgo relacionados con dificultades familiares y de crianza, factores de riesgo biológicos perinatales y una vulnerabilidad genética. La psicosis vendría de la mano de la acción de la vulnerabilidad, los factores de riesgo y los factores precipitantes que, a su vez, sobrepasarían la capacidad de actuación de los factores de protección (Tizón, 2013).

Por otro lado, la hipótesis del neurodesarrollo postula que la esquizofrenia se origina como consecuencia de una interferencia en el desarrollo normal del Sistema Nervioso Central (SNC) durante su proceso de maduración, lo que producirá una alteración del mismo. Esta alteración del SNC es la que se irá manifestando a lo largo del proceso evolutivo de la persona a través de los síntomas (Weinberger, 1987). Sin embargo, estos síntomas no tienen porqué producirse desde el inicio de la alteración sino que pueden permanecer inactivos hasta que sean exigidas determinadas habilidades dependientes de las estructuras del SNC dañadas, y es entonces cuando se manifiestan las limitaciones propias de la enfermedad.

A su vez, la interferencia en el desarrollo del SNC puede ocurrir en varios momentos, entre los que destacan dos: la alteración del cerebro prenatal o perinatal y la alteración del cerebro periadolescente.

El mayor aporte empírico de las teorías del neurodesarrollo proviene de las observaciones de la capacidad neurocognitiva y la conducta premórbida así como de anomalías físicas menores, que indicarían un desarrollo temprano alterado (Keshavan et al., 2010; Keshavan, Diwadkar, Montrose y Sweeney, 2005).

3.3.4. CUADRO CLÍNICO Y CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS

La esquizofrenia supone una patología grave que afecta al funcionamiento global de la persona y que cursa con alteraciones en casi todas las funciones mentales, lo que incluye variables emocionales, cognitivas y conductuales. Es, por su gravedad, uno de los trastornos mentales que mayor discapacidad provoca y mayores recursos supone, tanto para los familiares afectados como para los sistemas de salud.

Como señalan los estudios de la OMS (World Health Organization, 2011), la esquizofrenia es una de las 20 primeras causas sanitarias de discapacidad grave en la población mundial, tanto en los países desarrollados como en los no desarrollados.

En España, se estima que los costes económico-sanitarios de la esquizofrenia suponen el 2,7% del gasto público en sanidad, siendo el séptimo trastorno más costoso en las sociedades modernas (Hidalgo, 2013).

Aunque, en general, las personas con esquizofrenia muestran una importante variabilidad en la expresión de síntomas, en el funcionamiento psicosocial y en el rendimiento cognitivo, existen 3 aspectos que se pueden considerar como elementos centrales en la esquizofrenia: la presencia de síntomas positivos, síntomas negativos y déficits cognitivos. Estos tres aspectos dan cuenta de la gravedad del trastorno así como de la incapacidad que produce (Vallejo, 2006).

Los síntomas positivos hacen referencia a aquellas manifestaciones productivas del trastorno que conducen a un exceso o distorsión de las funciones normales. Se incluirían aquí las alucinaciones, las ideas delirantes o el lenguaje y el comportamiento desorganizado. Por el contrario, los síntomas negativos hacen referencia a los aspectos defectuales del trastorno, aquellos elementos del funcionamiento normal que no están presentes, tales como el aplanamiento afectivo, la alogia, la abulia o el aislamiento social.

Los déficits cognitivos son otro elemento común en las personas con esquizofrenia. Se estima que los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia muestran una limitación cognitiva de entre una y dos desviaciones típicas por debajo de lo observado en personas sanas (Heinrichs y Zakzanis, 1998) y puede incrementarse en el caso de pacientes crónicos de edad avanzada (Friedman et al., 2002).

Las alteraciones cognitivas se han identificado como presentes en el desarrollo y previas al inicio del trastorno (American Psychiatric Association, 2014), y se han descrito incluso en familiares de primer grado que no han desarrollado la esquizofrenia (Barch, Cohen y Csernansky, 2014; Cella, Hamid, Butt y Wykes, 2015; Kuha et al., 2007). Este déficit se ha detallado no solo en pacientes de larga evolución sino también en primeros episodios (Addington, Brooks y Addington, 2003), encontrándose que la afectación cognitiva propia de la esquizofrenia es similar en ambos grupos de pacientes,

tanto en el perfil de funciones afectadas como en la gravedad de deterioro, lo que sugiere un curso estático de los déficits (Bozikas y Andreou, 2011; Heaton et al., 2001; Hoff, Svetina, Shields, Stewart y DeLisi, 2005).

El perfil de afectación cognitiva que se encuentra en la esquizofrenia es difuso y generalizado aunque existen algunas funciones cognitivas más severamente dañadas tales como la atención y el procesamiento de la información, el aprendizaje y la memoria, la velocidad de procesamiento, la memoria de trabajo, y las funciones ejecutivas (Bowie y Harvey, 2005; Heinrichs y Zakzanis, 1998). Aunque quizás menos llamativos que los síntomas productivos, los déficits cognitivos están estrechamente ligados al pronóstico del trastorno y son en gran parte causantes de la discapacidad que provoca.

La esquizofrenia es, por tanto, un trastorno frecuentemente discapacitante produciendo un importante déficit funcional personal, social y laboral. Algunas personas tienen serias dificultades para realizar las actividades de la rutina diaria relativas al autocuidado y la vida independiente, cumplir y mantener un trabajo o desarrollar redes sociales de apoyo. Asimismo, los pacientes con esquizofrenia son frecuentemente discriminados y estigmatizados debido a las actitudes sociales negativas sobre el trastorno. Algunos autores informan de cifras que muestran el alto estigma que sufren estas personas (Thornicroft et al., 2009). En torno al 47% de las personas con esquizofrenia informan de haber experimentado algún tipo de discriminación en sus relaciones sociales, un 43% se han sentido discriminados por parte de sus familiares y un 29% han sufrido actitudes negativas discriminatorias a la hora de encontrar o mantener un trabajo. Esta situación puede explicar el hecho de que un 72% de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia sientan que deben ocultar su diagnóstico.

Además de la problemática derivada de la propia esquizofrenia, estos pacientes suelen padecer mayores problemas de salud que la población general por lo que necesitan una mayor continuidad de cuidados sanitarios fuera del propio ámbito de la salud mental (World Health Organization, 2011). Así, por ejemplo, la prevalencia de la diabetes en personas con esquizofrenia se estima en torno al 15% mientras que en la población general se sitúa en ratios de 2-3%, cuestión que se ha relacionado tanto con el estilo de vida como con la medicación antipsicótica (Prince et al., 2007). El sobrepeso, las enfermedades cardiovasculares y pulmonares y el síndrome metabólico son

enfermedades que también aparecen de forma más habitual en las personas con esquizofrenia. Debido a la mayor presencia de afecciones médicas asociadas, la esperanza de vida estimada es menor que para la población general (American Psychiatric Association, 2014).

3.3.5. TRATAMIENTO

Tradicionalmente el tratamiento en la esquizofrenia estaba dirigido principalmente a la disminución o desaparición de los síntomas psicóticos y se centraba casi exclusivamente en el tratamiento farmacológico mediante la administración de fármacos antipsicóticos. La continua evolución y mejora de la farmacoterapia ha permitido el desarrollo de nuevos fármacos antipsicóticos con mayores aportes de eficacia y mejores perfiles de tolerancia. Sin embargo, aunque han demostrado su eficacia sobre los síntomas psicóticos, inciden principalmente sobre los síntomas positivos, teniendo un efecto limitado o nulo sobre los síntomas negativos y cognitivos (Bernardo y Bioque, 2011). La actuación limitada de estos fármacos, unida a los efectos secundarios y a la dificultad de adherencia al tratamiento en un número importante de pacientes, ha hecho necesario el complementar los abordajes farmacológicos con otras formas de intervención psicoterapéuticas y psicosociales que actúen de forma conjunta y coordinada para conseguir la recuperación de los pacientes (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave, 2009). Los enfoques de tratamiento basados en la actuación coordinada e integrada de distintos tipos de atención (farmacológico, psicoterapéutico, social, etc.) se han ido abriendo paso, ganando una importancia evidente hasta el momento actual en el que existe una aceptación global de su imprescindible inclusión dentro de un programa completo de tratamiento (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente, 2009; National Institute for Health and Care Excellence, 2013, 2014). Así, el objetivo a alcanzar no se centra simplemente en la remisión sintomática sino también en hacer frente a las distintas necesidades consecuentes. Las perspectivas multidimensionales actuales abarcan las distintas esferas de la vida del paciente y consideran como objetivos del tratamiento mantener la función, promover la rehabilitación y maximizar la calidad de vida.

3.4. CALIDAD DE VIDA Y ESQUIZOFRENIA

El estudio de la calidad de vida en pacientes de salud mental se produce de forma más tardía que en las afecciones físicas. Mientras que la investigación sobre calidad de vida y salud en enfermedades físicas se hallaba notablemente avanzada, los estudios en torno a la salud mental son bastante reducidos hasta la década de los años 90, momento en el que se produce un marcado incremento (Schalock y Verdugo, 2003).

El interés por la calidad de vida en la esquizofrenia surge a raíz del movimiento de desinstitucionalización en salud mental. La reincorporación de los enfermos mentales graves a la comunidad suscitó un importante interés acerca de si las nuevas estructuras de soporte socio-sanitario ofrecían una alternativa positiva a los pacientes hospitalizados (Bobes, Gonzalez, Bousoño y Saiz, 1996). Gracias al movimiento de la salud mental comunitaria, los pacientes gozaban de una mayor autonomía pero quizás a expensas de ver reducidas o limitadas otras necesidades básicas. Aunque los pacientes que vivían en comunidad informaban de una mayor satisfacción con su situación vital y un escaso deseo de regresar al hospital (Barry y Zissi, 1997), los estudios realizados en la época (Becker y Diamond, 2000) mostraban que los pacientes desinstitucionalizados vivían a menudo en condiciones inferiores a las normales, siendo una parte importante de la población indigente, y estaban insatisfechos con sus relaciones sociales, economía y seguridad personal.

Las condiciones de aislamiento social o pobreza en que habían quedado algunos pacientes, hizo que se levantaran voces en torno a los resultados de la desinstitucionalización y la calidad de vida resultante (Awad, 2008). La salida hospitalaria e inmersión en la comunidad se empezó a ver como insuficiente en sí misma y necesaria de complementar con otros aspectos que permitieran la autonomía funcional de las personas, lo que incluía la adaptación y la rehabilitación.

Por otro lado, en esta época se comenzó a cuestionar si los instrumentos y parámetros establecidos hasta el momento eran adecuados como medidas de resultados. En una época en la que el bienestar primaba frente a la simple curación, la tasa de reingresos y la evaluación sintomática, aunque de importancia evidente, pasaron a ser consideradas unas medidas simplistas que debían ser complementadas con otras que permitieran conocer las condiciones de vida de los pacientes y su visión respecto a las

mismas. Aunque clínicos y pacientes perseguían similares objetivos de tratamiento relacionados con el bienestar subjetivo, los clínicos generalmente entendían la reducción de síntomas como sinónimo de bienestar mientras que los pacientes podían sentir otras prioridades (Angermeyer y Katschnig, 2000; Becker y Diamond, 2000). Los pacientes adaptados a la vida en comunidad informan de una mayor calidad de vida y bienestar, sin necesidad de una mejora sintomatológica adyacente (Schalock y Verdugo, 2003).

A la par, los complejos programas desarrollados dentro de los nuevos enfoques comunitarios, necesitaban de nuevas medidas de resultados que pudieran abarcar los múltiples aspectos que engloba el bienestar. En este contexto se hace necesario un nuevo concepto que englobe la complejidad inherente a la persona, y que tenga en cuenta su propia visión de su vida, sus preferencias y necesidades. Así, el concepto de calidad de vida se abre paso como una forma integradora que permite una intervención multidimensional desde diferentes niveles de apoyo, una evaluación de la rehabilitación sobre el funcionamiento cotidiano y la adaptación, y un enfoque centrado en la persona y su valoración sobre las cosas.

Asimismo, a medida que se fue avanzando en el trabajo con pacientes esquizofrénicos en la comunidad, se hizo patente la importancia de la calidad de vida en la motivación e implicación de los pacientes en su tratamiento e incluso en el curso de la enfermedad. La calidad de vida se reconoció como un aspecto clínico fundamental que además otorga al paciente, en la medida de lo posible, la posibilidad de dirigir su vida (Becker y Diamond, 2000).

Como consecuencia de este cambio de paradigma, las capacidades, necesidades, preferencias y aspiraciones de las personas con diagnóstico de esquizofrenia han pasado a ser elementos esenciales y la calidad de vida se ha establecido como uno de los principales objetivos del tratamiento comunitario. Las valoraciones sobre la calidad de vida han ido tomando un protagonismo creciente como forma de asegurar la misma. Además, se ha establecido como objetivo de numerosos estudios que pretenden conocer qué factores se hayan asociados a la calidad de vida, de manera que permita mejorar las intervenciones y abordajes. Sin embargo, y a pesar de la importancia reconocida a la consideración de la calidad de vida en el tratamiento de los pacientes en salud mental, la evaluación (al menos explícita) de la misma en muchas ocasiones no forma parte del

funcionamiento habitual de la práctica clínica. Se han señalado algunas razones por las que esto podría suceder (Sartorius, 2000):

- La posibilidad de confundir síntomas psicopatológicos con una baja calidad de vida.
- La existencia de alteraciones cognitivas que impidan la comprensión o comunicación en la evaluación.
- La presencia de síntomas que puedan distorsionar las respuestas realizadas por el paciente.
- La presencia del estigma como principal causa de las dificultades del paciente.
- La existencia de efectos secundarios en algunos tratamientos dificulta la medición precisa de la relación de la calidad de vida con un trastorno concreto.
- Las diferencias culturales dificultan la generalización de los estudios sobre calidad de vida.
- La dificultad de valoración de los estados emocionales.

Los estudios publicados hasta la fecha encuentran, entre otros, los siguientes aspectos genéricos en relación a la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia:

- Los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia muestran una calidad de vida inferior a la encontrada en la población general en todos o casi todos los dominios evaluados (Alptekin et al., 2005; Kurs, Farkas y Ritsner, 2005; Maat, Fett, Derks y GROUP Investigators, 2012; Nørholm Bech, 2007; Ritsner, 2011; Woon, Chia, Chan y Sim, 2010).
- El nivel de calidad de vida es un fuerte predictor de recaídas en pacientes con esquizofrenia (Boyer et al., 2013).
- La remisión sintomática se relaciona con una mayor calidad de vida (Bodén, Sundström, Lindström y Lindström, 2009; Haro, Novick, Perrin, Bertsch y Knapp, 2014).
- Los pacientes que viven en su propia vivienda informan de una mayor calidad de vida percibida (Hansson et al., 2002).

- Los dominios de la calidad de vida peor valorados tienen que ver con el trabajo y las finanzas, y los dominios con puntuaciones más altas con la seguridad o la religión (Bengtsson-Tops y Hansson, 1999; Hansson et al., 1999; Hofer et al., 2005b).
- Menores efectos secundarios mejoran la calidad de vida (Aksaray, Oflu, Kaptanoğlu y Bal, 2002; Ueoka et al., 2011).

Pasamos a abordar los distintos modelos desde los que se ha conceptualizado este constructo de calidad de vida en la población de personas con esquizofrenia.

3.5. MODELOS DE CALIDAD DE VIDA EN LA ESQUIZOFRENIA

Los distintos intentos por operativizar el concepto de calidad de vida en la esquizofrenia ha dado lugar a diversos paradigmas que pretenden dar luz a la confusión en torno a este concepto.

Inicialmente, los primeros modelos se vieron influidos por el movimiento de desinstitucionalización y se centraron en aquellos aspectos necesarios para la rehabilitación del paciente crónico como la seguridad, el empleo o las relaciones sociales y familiares. Poco a poco se fueron introduciendo nuevas modificaciones y elementos, y los siguientes modelos conceptuales incorporaron dimensiones subjetivas referentes al bienestar psicológico, como la satisfacción con la vida.

En la actualidad, existen varios modelos centrados en la calidad de vida en personas con diagnóstico de esquizofrenia que pretenden dar cuenta de la complejidad de concepto así como de los factores implicados en la misma. Sin embargo, todavía no se dispone de un modelo globalmente aceptado. Los trabajos recogidos en la bibliografía especializada son variados y dispares, ya que se centran en una noción y unos determinantes de la calidad de vida diferentes. El hecho de que no exista una postura unánime en torno a la concepción y medición de la calidad de vida contribuye al incremento en la confusión conceptual.

Se ha venido señalando (Awad, 2008) la dificultad de desarrollar un modelo adecuado en torno a la calidad de vida en la esquizofrenia, debido principalmente a la

multidimensionalidad del trastorno, que involucra diversas áreas del comportamiento, de las emociones y del funcionamiento, así como los múltiples enfoques terapéuticos que requiere (tanto farmacológicos como psicosociales). Siguiendo las recomendaciones propuestas por Awad, un modelo adecuado de calidad de vida debería cumplir, al menos, con los siguientes criterios:

- Ser un modelo en el que se puedan captar aquellos elementos esenciales del trastorno y del tratamiento que puedan afectar a la calidad de vida.
- Que permita la comprobación empírica de sus componentes.
- Que estime la contribución que cada componente tiene en el modelo.

Seguidamente revisaremos algunos de los modelos más relevantes desarrollados respecto a la calidad de vida en la esquizofrenia.

3.5.1. MODELO GENERAL DE CALIDAD DE VIDA DE LEHMAN

El modelo de Lehman (Lehman, 1988) es considerado de gran relevancia, pues supone un modelo innovador que rompe con las consideraciones previas. A diferencia de lo que proponían los modelos anteriores, enfocados principalmente en las características objetivas de la calidad de vida, este modelo incorpora la subjetividad en un intento por aunar las características objetivas y subjetivas de la calidad de vida, lo que permite una mejor comprensión de las condiciones de vida de los pacientes así como sus sentimientos respecto a ésta.

Lehman, influido por los estudios realizados hasta ese momento que señalaban grandes discrepancias entre las mediciones objetivas de la calidad de vida y la sensación subjetiva de bienestar, propone un modelo genérico para los pacientes mentales crónicos que considera la calidad de vida en torno a tres factores:

1. Las características personales.
2. Los indicadores objetivos de calidad de vida en diversas áreas de la vida.
3. Los indicadores subjetivos de calidad de vida en esas mismas áreas.

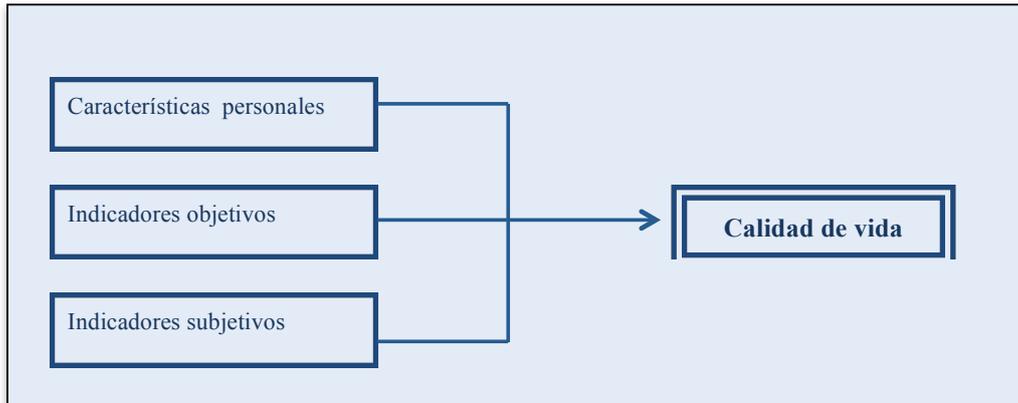


Figura 1. Modelo de calidad de vida de Lehman (Tomado de Lehman, 1988, p. 52)

Según este modelo, los factores principalmente influyentes en la calidad de vida son: la seguridad personal, las actividades diarias, la situación económica y las relaciones sociales y familiares. El sentimiento de bienestar subjetivo es más determinante en la calidad de vida que los indicadores objetivos y las características personales (Lehman, 1983a, 1983b; Lehman, Kernan, DeForge y Dixon, 1995; Lehman, Possidente y Hawker, 1986).

A su vez, el citado autor desarrolla un instrumento de evaluación ajustado a su modelo y específico para la evaluación de la calidad de vida en personas con trastorno mental, la “Entrevista de calidad de vida” (*Quality of Life Interview, QOLI*; Lehman, 1988; Lehman, Ward y Linn, 1982), con el objetivo de medir la calidad de vida objetiva y subjetiva en enfermos mentales crónicos.

La QOLI es uno de los instrumentos más relevantes en la evaluación de la calidad de vida en trastornos mentales graves. Las múltiples referencias encontradas en la literatura así lo ponen de manifiesto (Barry y Crosby, 1996; Boyer et al., 2013; Cichocki et al., 2015; Dan, Kumar, Avasthi y Grover, 2011; Heider et al., 2007; Levitt, Hogan y Bucosky, 1990; Marwaha et al., 2008; Narvaez, Twamley, McKibbin, Heaton y Patterson, 2008; Russo et al., 1997; Sullivan, Wells y Leake, 1992; Vandiver, 1998).

3.5.2. MODELO DE CALIDAD DE VIDA DE LA OMS

Ante la confusión conceptual imperante en los años 80, la OMS designa un grupo de expertos de varios países para desarrollar un marco conceptual transcultural que permita acercarse a la calidad de vida de una forma más unificada, así como desarrollar un instrumento de evaluación relacionado con la salud. Con este objetivo, el grupo de expertos de la OMS (WHOQOL Group, 1995) elabora un modelo conceptual eminentemente subjetivo y multidimensional, donde la calidad de vida se estructura en 6 dominios o dimensiones: dominio físico, dominio psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, ambiente y religión/espiritualidad/creencias religiosas.

A partir de este modelo, el grupo de la OMS desarrolla un instrumento de evaluación conforme a este paradigma, el “Instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud” (*World Health Organization Quality of Life, WHOQOL-100*, (World Health Organization. WHOQOL Group, 1998a) y su forma breve (World Health Organization. WHOQOL Group, 1998b), de los que existen versiones en distintos idiomas: castellano, inglés, francés, chino, ruso, polaco, alemán, entre otros (World Health Organization, 2012).

La aplicación de este modelo a nivel internacional y en distintas patologías, entre ellas la esquizofrenia, ha sido muy profusa (Adelufosi, Ogunwale, Abayomi y Mosanya, 2013; Akinsulore et al., 2014; Alptekin et al., 2005; Brissos, Balanzá-Martinez, Dias, Carita y Figueira, 2011; Chino, Nemoto, Fujii y Mizuno, 2009; Galuppi, Turola, Nanni, Mazzoni y Grassi, 2010; Hofer et al., 2005a; Kunikata, Mino y Nakajima, 2005; Woon et al., 2010). En estos estudios se evalúa la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia siguiendo las dimensiones propuestas por la OMS y a través del WHOQOL, en su versión breve o extendida.

3.5.3. MODELO MULTIDIMENSIONAL DE CALIDAD DE VIDA PARA PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS

Awad, Voruganti, y Heslegrave (1997) proponen un modelo integrador de la calidad de vida en pacientes estables con diagnóstico de esquizofrenia que reciben tratamiento con antipsicóticos. Debido a la confusión existente en torno al concepto de

calidad de vida, la discrepancia entre las medidas objetivas y subjetivas y la disparidad de medidas utilizadas, aparece la necesidad urgente de desarrollar modelos integrativos (Awad, 2008). Desarrollan así, un modelo dinámico y multidimensional con el objetivo de ofrecer un marco teórico biopsicosocial de la calidad de vida y guiar la elección de instrumentos de evaluación en base a las dimensiones del modelo.

Según este modelo, la calidad de vida sería el resultante de la percepción subjetiva del paciente de la interacción entre tres determinantes: la severidad de los síntomas psicóticos, los efectos secundarios de la medicación y el nivel de funcionamiento psicosocial. Asimismo, existen otra serie de factores moduladores secundarios que pueden influir en esta interacción, como las características de personalidad, el ajuste premórbido, los recursos y oportunidades disponibles, la red social o los valores y actitudes hacia la enfermedad.

Los autores enfatizan la consideración multidimensional del concepto de calidad de vida así como la interrelación entre los distintos factores mencionados que se integran en el siguiente modelo circular:

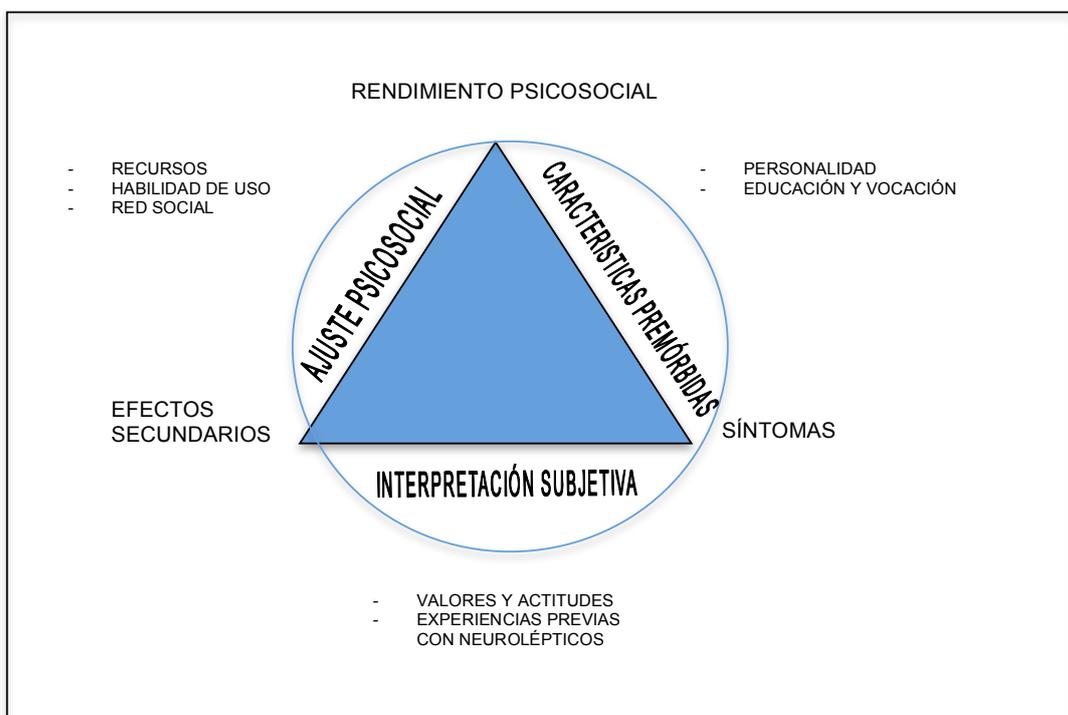


Figura 2. Modelo multidimensional de calidad de vida para pacientes esquizofrénicos de Awad, Voruganti y Heslegrave (Tomado de Awad et al., 1997, p. 22). 55

En la validación del modelo, los autores encuentran que la gravedad sintomática es el factor más determinante en la calidad de vida, explicando un 32% de la varianza. Lo novedoso de este modelo radica en la consideración específica del peso de la medicación por lo que ha sido considerado de gran importancia en las investigaciones en las que se tenga en cuenta el tratamiento farmacológico (Ritsner, 2007a).

Los planteamientos propuestos por este modelo han servido de base a trabajos como el desarrollado por Fervaha, Agid, Takeuchi, Foussias y Remington (2013), que dentro de un estudio más amplio para evaluar los efectos de los antipsicóticos (“Catie Study”), realizan un análisis del impacto de algunas variables en la calidad de vida y, para ello, evalúan el tratamiento antipsicótico, la sintomatología y el ajuste psicosocial de 1437 pacientes con esquizofrenia. Los resultados muestran que la psicopatología, en concreto, la depresión, es el factor más determinante en la calidad de vida.

3.5.4. MODELO MEDIACIONAL DE LA CALIDAD DE VIDA

Basándose en los modelos propuestos por Rosenfield (Rosenfield, 1992) y Arns y Linney (Arns y Linney, 1993) así como en los hallazgos obtenidos por Barry y Crosby (Barry y Crosby, 1996), el grupo de Zissi, Barry y Cochrane (1998) propone un modelo centrado en los aspectos relativos al yo y a las evaluaciones subjetivas de la calidad de vida.

Desde este modelo, la calidad de vida percibida es el resultado de la valoración subjetiva que hace el individuo de sus condiciones objetivas. A su vez, esta valoración está mediatizada por una serie de variables interrelacionadas, entre ellas, aspectos relativos al sí mismo que median el impacto de las circunstancias de vida internas y externas. Barry (2000) apoya su modelo en la bibliografía existente en torno a la relación entre la calidad de vida y los aspectos psicosociales del yo, y justifica la poca aplicación de los conceptos relacionados con el sí mismo por la complejidad que tiene el concepto del yo en personas con problemas del espectro psicótico.

No obstante, este es un modelo que no ha tenido mucho desarrollo y necesita de más implementación y validación para así alcanzar mayor rigor científico (Awad y Voruganti, 2012; Ritsner, 2011).

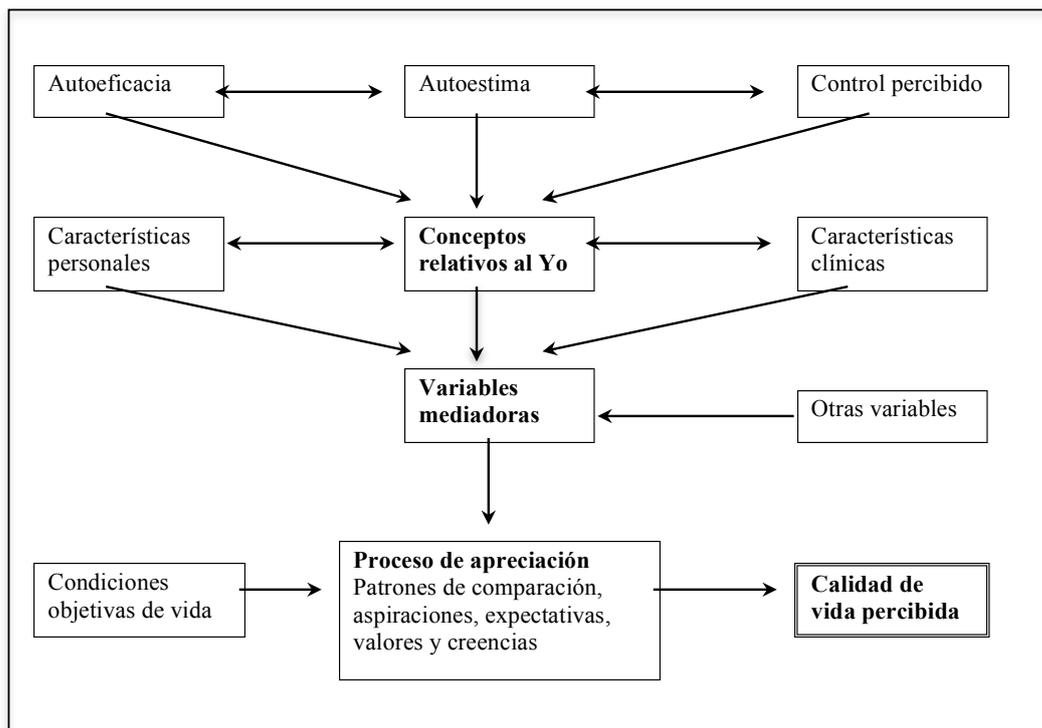


Figura 3. Modelo mediacional de calidad de vida de Barry (Tomado de Barry, 2000, p.39).

3.5.5. MODELO DE VULNERABILIDAD DISTRESS-PROTECCIÓN

El “Modelo de Distress-Protección” (*Distress/Protection Model*, Ritsner et al., 2000) surge con el objetivo de ofrecer un marco conceptual a la calidad de vida subjetiva en pacientes con trastorno mental grave. Este paradigma postula que el constructo es el resultado de la interacción entre factores de distress (malestar) y factores de protección, de manera que la calidad de vida es mejor cuando los factores de protección superan a los de malestar y viceversa. Con el objetivo de validar empíricamente este modelo, el equipo de Ritsner realiza una serie de estudios encaminados a ese propósito (Ritsner, 2003; Ritsner, et al., 2003a, 2003b; Strous, Ratner, Gibel, Ponizovsky y Ritsner, 2005), que culminan con la publicación de un modelo ampliado donde se integran nuevos aspectos (Ritsner, Gibel y Ratner, 2006). Además de los elementos originales, el nuevo modelo incluye otro tipo de factores que modulan e influyen en la calidad de vida: los factores primarios y secundarios, y los factores que cambian con el tiempo y los que permanecen constantes.

Así, el modelo señala tres tipos de determinantes en la calidad de vida:

- Factores de malestar y de protección.
- Factores primarios y secundarios.
- Factores que cambian con el tiempo y factores que permanecen constantes.

Se consideran factores de protección la autoeficacia, el apoyo social o la autoestima. Del otro lado, serían factores de malestar: la severidad de los síntomas, el insight, el insomnio, intentos de suicidio o los efectos secundarios de la medicación.

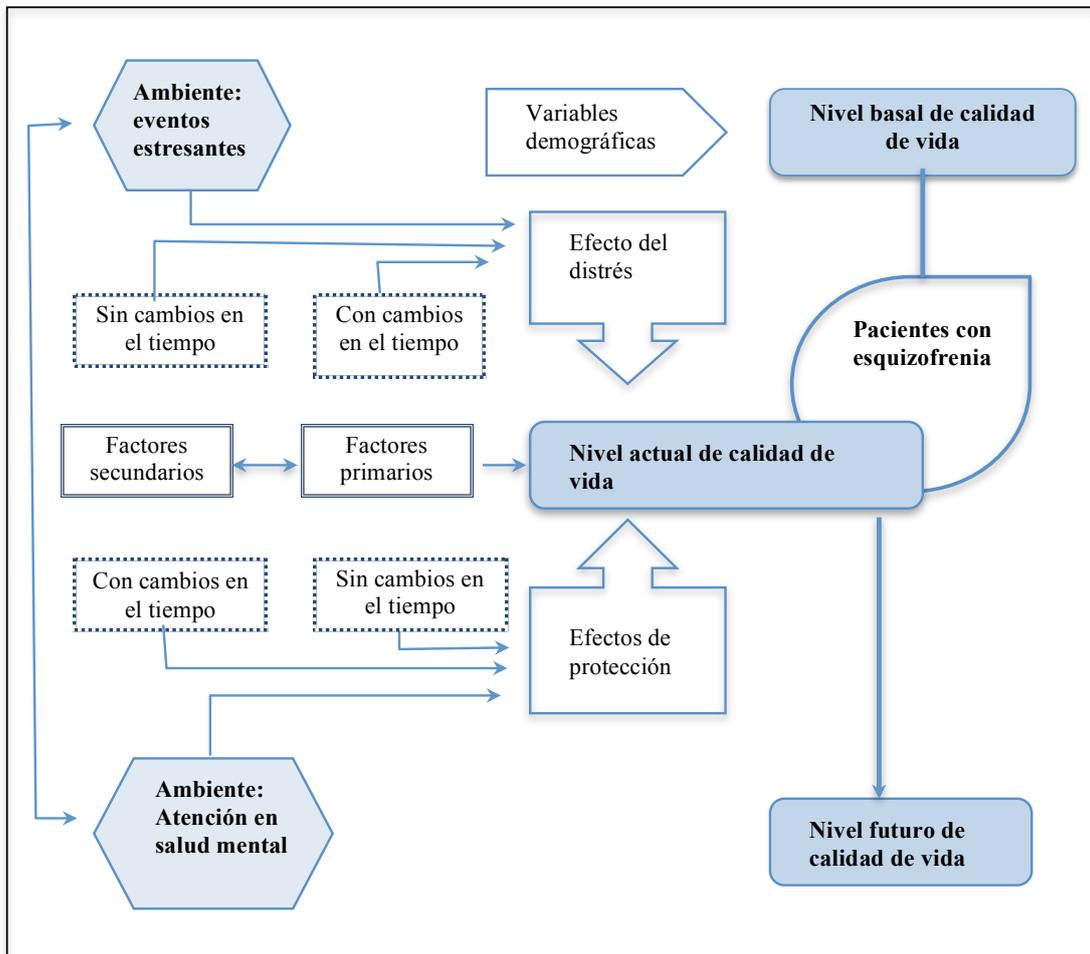


Figura 4. Modelo de distress-protección de Ritsner, Gibel y Ratner (Tomado de Ritsner et al, 2006, p. 523).

Los factores primarios serían aquellos aspectos más relacionados con el bienestar subjetivo e incluyen características personales como la autoestima, la autoeficacia, las estrategias de afrontamiento, la emoción expresada o el apoyo social percibido. Por lo que respecta a los factores secundarios, estarían más relacionados con síntomas clínicos y del tratamiento tales como la paranoia, el distres emocional o los efectos secundarios de la medicación. Estos factores secundarios afectan al nivel de calidad de vida subjetiva a través de los factores primarios. Por último, dentro de los factores que permanecen constantes están la personalidad o la autoestima, mientras que se consideran factores que cambian con el tiempo la sintomatología, el tratamiento, los efectos secundarios o el apoyo social.

Poco después de la publicación del modelo, Ritsner alude al “Modelo de Distrés/Protección” como “Modelo de Vulnerabilidad Distrés/Protección” (Ritsner, 2007a). Se incorporan aspectos del modelo etiológico de vulnerabilidad según el cual algunas personas son más sensibles a padecer un determinado trastorno y son éstas las que, uniendo su vulnerabilidad con otros estresores externos e internos, desarrollarán la esquizofrenia. Así, las personas más vulnerables serán más susceptibles de una peor calidad de vida.

Este modelo ha sido ampliamente evaluado por el equipo de Ritsner (Ritsner, 2007a; Ritsner, Arbitman, Lisker y Ponizovsky, 2012; Ritsner y Grinshpoon, 2013; Ritsner, Lisker y Arbitman, 2012; Ritsner, Lisker y Grinshpoon, 2014), y se lleva a cabo un amplio trabajo de investigación longitudinal, a 10 años de seguimiento, con una muestra inicial de 339 personas con trastornos psicóticos “Sahaar Menashe Longitudinal Study of Quality of Life” (Ritsner et al., 2012a, 2012b). En este trabajo analizan qué factores resultan determinantes en la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia e incluyen variables relacionadas con la psicopatología, el funcionamiento social, el rendimiento cognitivo, la personalidad, el insight, los efectos adversos de la medicación, la autoestima, la autoeficacia o el nivel de emoción expresada. Los autores encuentran resultados coherentes con su paradigma, señalando que tanto los factores primarios como los secundarios ejercen una importante influencia en la calidad de vida, y que esta influencia se mantiene en los periodos de seguimiento realizados a los 10 años.

3.5.6. MODELO HEURÍSTICO DE SCHALOCK Y VERDUGO

A diferencia de los modelos anteriores, en este caso no se ofrece un marco conceptual específico para el área de la salud sino que los autores proponen un modelo global aplicable a la educación, sanidad, servicios sociales...

Schalock y Verdugo (2003) proponen un modelo de calidad de vida influenciado por las perspectivas ecológicas de autores como Bronfenbrenner y los cambios de valores producidos en educación, sanidad o servicios sociales en los últimos años que han propiciado una concepción de la calidad de vida basada en el pluralismo metodológico, la perspectiva de sistemas y el desarrollo de directrices prácticas sobre programación e intervención de calidad.

El modelo heurístico de Schalock y Verdugo se basa en 3 componentes principales: dimensiones e indicadores de calidad de vida, perspectiva de sistemas sociales y tres focos posibles (medición, aplicación y valoración).

Estos autores consideran que existen 9 dimensiones centrales que representan el constructo de calidad de vida: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social, derechos y autodeterminación. A su lado, los indicadores centrales serían percepciones, comportamientos o condiciones específicas de una dimensión central que reflejan la calidad de vida. El desarrollo de indicadores para la medición de estas dimensiones estaría condicionado a la capacidad de ese indicador de relacionarse funcionalmente con la dimensión que pretende medir, que sea válido, fiable, sensible, específico, abordable y sensible a la cultura, entre otros criterios.

Estas dimensiones se contemplan, a su vez, desde la perspectiva de sistemas sociales. La calidad de vida no se entiende exclusivamente desde una posición individual sino que tiene en cuenta un punto de vista más amplio. Los 3 sistemas que afectarían a la calidad de vida son:

- Microsistema o contexto social inmediato. Engloba aquellos sistemas que afectan de forma directa a la vida de una persona, tales como la familia o los amigos.

- Mesosistema. Se trata de aquellos aspectos que afectan directamente al funcionamiento del microsistema e incluye el vecindario, la comunidad, etc.
- Macrosistema. Tiene que ver con patrones más amplios de cultura o factores relacionados con la sociedad que afectan al sistema de valores y creencias de los individuos que lo componen.

Desde este modelo se enfatiza el pluralismo metodológico a través de tres focos: la medición, la aplicación y valoración, y se basa en 4 premisas:

1. La calidad de vida es multidimensional y refleja valores consensuados y compartidos culturalmente.
2. La calidad de vida personal incluye aspectos objetivos y subjetivos.
3. La utilidad de los datos extraídos sobre la calidad de vida obedece a distintos propósitos como la descripción o el autoinforme.
4. Los datos de calidad de vida pueden aplicarse en el micro, meso y/o macrosistema.

Trabajos realizados en cuatro regiones geográficas con personas con discapacidad intelectual y/o con riesgo de exclusión social han validado transculturalmente este marco conceptual (Schalock et al., 2005; Wang, Schalock, Verdugo y Jenaro, 2010) así como las 8 dimensiones que conforman este modelo de calidad de vida (Gómez, Verdugo, Arias y Arias, 2011). A partir de este modelo teórico se elabora un instrumento de evaluación de la calidad de vida, la “Escala GENCAT de Calidad de Vida” (Verdugo, Arias, Gomez y Schalock, 2008, 2009) de acuerdo con las dimensiones propuestas por estos autores. Esta escala está enfocada para usuarios de servicios sociales mayores de 18 años y permite una evaluación objetiva multidimensional (Verdugo et al., 2013).

3.6. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA ESQUIZOFRENIA

La evaluación de la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia ha suscitado una importante polémica en torno a la capacidad de estos pacientes de autoevaluarse debido, entre otros aspectos, a la falta de insight y a los déficits cognitivos. Dado que la autoevaluación de la calidad de vida implica un constructo subjetivo, se consideran necesarias ciertas habilidades cognitivas que permitan a la persona la percepción y

reacción a sus condiciones vitales. Algunos autores consideran que los indicadores subjetivos de la calidad de vida no resultan medidas fiables en personas con trastornos mentales graves, debido a su falta de fiabilidad y validez, y creen que no deben de usarse como medida unitaria, sino complementados necesariamente por una valoración que incluya parámetros objetivos (Barry, 2000; Leff, 2000). Así, Katschnig (2006) describe tres falacias psicopatológicas que pueden distorsionar la descripción que un paciente de salud mental ofrece sobre sus condiciones de vida: la falacia afectiva, la falacia cognitiva y la falacia de distorsión de la realidad. La falacia afectiva se refiere a la influencia que el estado de ánimo momentáneo tiene sobre el juicio que hacen las personas sobre su felicidad y satisfacción con su vida. La falacia cognitiva tiene que ver con la incapacidad de algunas personas de valorar su situación vital de forma intelectual (por ejemplo, las discapacidades intelectuales). Y, por último, la falacia de distorsión de la realidad que se describe como la evaluación distorsionada que realizaría una persona sobre su vida en momentos de crisis psicóticas (delirios y/o alucinaciones). Según este autor, la falacia que más peligro reviste es la afectiva, siendo las otras dos menos comprometidas y más fáciles de identificar. Por todo esto la evaluación subjetiva de la calidad de vida debe complementarse con evaluaciones adicionales de profesionales, amigos y familiares, evaluaciones que constituirían una “*valoración externa*”. Considera que el término “*valoración externa*” es más apropiado que el de “*valoración objetiva*”, pues este último puede originar confusión ya que la valoración de otras personas no es objetiva *per se*.

En cambio, otros autores consideran que las medidas subjetivas de calidad de vida pueden ser usadas de forma fiable en personas con trastornos mentales graves (Baumstarck et al., 2013, 2014; Khatri, Romney y Pelletier, 2001; Lehman, 1983b, 1988; Voruganti, Heslegrave, Awad y Seeman, 1998; Whitty et al., 2004), pues estos pacientes pueden realizar una correcta autoevaluación, mostrándose consistentes en sus respuestas. Asimismo, aspectos como la psicopatología, los efectos secundarios de la medicación o el funcionamiento cognitivo, aunque afectan a la apreciación subjetiva de la calidad de vida, no perjudican a la fiabilidad de las apreciaciones (Baumstarck et al., 2014; Voruganti et al., 1998). A este respecto, cabe señalar que se consideran adecuadas las medidas subjetivas de la calidad de vida en pacientes con trastornos mentales graves siempre que estos estén estabilizados. La fiabilidad de esta valoración subjetiva no se puede asegurar en pacientes desorganizados o con un deterioro cognitivo grave que

altere severamente el juicio y la introspección (Awad y Voruganti, 2000). No obstante, la pérdida de confianza en la autoevaluación de la calidad de vida en personas con trastornos mentales graves ha sido criticada desde planteamientos que no observan estas mismas reticencias a la hora de dar por fiables formulaciones diagnósticas basadas en aspectos autopercebidos por los pacientes, no observables ni objetivables (Awad y Voruganti, 2000).

Fuera de este debate, lo que parece claro es que las medidas subjetivas son consideradas como un elemento indispensable ya que reflejan de primera mano lo que los pacientes sienten y experimentan. Si se considera la calidad de vida como un concepto, al menos en parte subjetivo, que refleja la satisfacción de la persona con su vida, sería entonces necesario centrarse o, al menos tener en cuenta, la opinión de la propia persona.

Unida a la polémica en torno a la capacidad de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de realizar una valoración fiable de su calidad de vida se encuentra la disparidad encontrada entre las autoevaluaciones y las evaluaciones realizadas por un observador externo, es decir, entre las llamadas medidas subjetivas y objetivas de la calidad de vida.

Aunque algunos estudios encuentran una relación significativa entre las medidas objetivas y subjetivas de la calidad de vida (Heider et al., 2007; Whitty et al., 2004), la mayor parte de los estudios publicados hasta la fecha informan de una relación nula o débil entre este constructo evaluado mediante la autoevaluación y la heteroevaluación, de manera que los indicadores objetivos o externos de calidad de vida no se ven reflejados en las medidas subjetivas de la misma (Aki et al., 2008; Atkinson, Zibin y Chuang, 1997; Bengtsson-Tops et al., 2005; Dickerson, Ringel y Parente, 1998; Skantze, Malm, Dencker, May y Corrigan, 1992).

En general, los pacientes con esquizofrenia tienden a informar de unos niveles de calidad de vida superiores a los informados por evaluadores externos (Becchi, Rucci, Placentino, Neri y de Girolamo, 2004; Sainfort, Becker y Diamond, 1996). Ante la evaluación de un mismo dominio por parte de dos fuentes (la persona implicada y un observador externo), no se observa una concordancia significativa aunque ésta parece ser mayor cuando las personas que realizan la evaluación externa son familiares del

paciente con los que mantiene una relación cercana (Becchi et al., 2004). Los observadores externos pasan escaso tiempo en contacto con sus consultantes y es difícil que su valoración tenga en cuenta datos de la vida de los mismos a los que no tiene acceso. Esto apoya la lógica de una mayor concordancia entre el consultante y su familia cercana que entre el consultante y un clínico externo, así como también que aparezcan datos de investigaciones señalando que la consistencia entre las evaluaciones realizadas por el propio paciente y las establecidas por un evaluador externo varía en función del dominio explorado. Pacientes y observadores es más probable que coincidan en sus apreciaciones sobre aspectos fácilmente observables o sobre elementos clínicos, como la sintomatología, que en aspectos emocionales y sociales, como las relaciones sociales o el funcionamiento ocupacional (Becchi et al., 2004; Sainfort et al., 1996).

Una de las razones que se han esgrimido como posible causa de la diferente apreciación entre pacientes y observadores es la discordancia encontrada en lo referente a los aspectos de la calidad de vida que han de ser tenidos en cuenta y, por tanto, evaluados. Así, mientras que los clínicos suelen verse más influidos por variables relacionadas con los síntomas negativos, en los pacientes hay un mayor peso de los aspectos subjetivos relativos a los sentimientos de bienestar, emociones o síntomas depresivos (Bengtsson-Tops et al., 2005; Fitzgerald et al., 2001, 2003; Narvaez et al., 2008; Sainfort et al., 1996).

Otro aspecto que se ha descrito como un potente predictor de la discrepancia encontrada entre las auto y heteroevaluaciones es el insight, el cual explicaría un 20% de la varianza encontrada; ahora bien, el insight podría estar mediatizado por la influencia de otros factores como la sintomatología depresiva, por lo que no resulta significativo cuando se tienen en cuenta estas variables (Hayhurst, Massie, Dunn, Lewis y Drake, 2014).

También se ha hecho referencia al peligro de que la satisfacción se confunda con otros factores como la adaptación o la resignación. En personas con condiciones de vida objetivas situadas por debajo de los estándares socialmente aceptados durante largos periodos de tiempo podría producirse una “adaptación” a sus circunstancias, lo que hace que sean percibidas como menos adversas, así como unos bajos niveles de aspiración y expectativas y, por tanto, una apreciación de satisfacción con condiciones de vida que

no serían satisfactorias en la cultura en la que vive el individuo (Atkinson et al., 1997; Barry, 2000).

A pesar de la importante polémica existente en torno a la evaluación de personas con esquizofrenia se debe señalar que la controversia entre la idoneidad de evaluaciones subjetivas y/o externas de la calidad de vida no es exclusiva de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia; también se sitúa en otros ámbitos fuera de la salud mental, como, por ejemplo, el cáncer. A este respecto, algunos autores han señalado que, aunque en general existe un acuerdo entre la valoración subjetiva y externa, cuando existe discordancia se observa una estimación más baja de la calidad de vida por parte de los clínicos en comparación con la valoración subjetiva realizada por los propios pacientes. Asimismo, la percepción de los pacientes está más en sintonía con la aportada por sus familiares cercanos que con la emitida por los profesionales que les atienden (Wilson, Dowling, Abdolell y Tannock, 2000). Resultados, pues, muy similares a los que se encuentran en pacientes con esquizofrenia.

En la actualidad todavía no está resuelta esta controversia sobre la forma idónea de medida, sin embargo, existe consenso respecto al uso de ambos tipos de medidas, indicadores subjetivos y objetivos de la calidad de vida como la estrategia más adecuada de evaluación. En esta línea, Fitzgerald et al. (2003) consideran las dos evaluaciones como un estándar requerido y señalan la necesidad de utilizarlas como herramientas complementarias.

3.6.1. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA ESQUIZOFRENIA

El gran interés por la evaluación de la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia ha dado lugar al desarrollo de una gran variedad de instrumentos de medida que permiten realizar una valoración más exhaustiva de este constructo. La mayor parte de las técnicas de evaluación utilizadas en este campo son de carácter cuantitativo y recogen las respuestas a través de escalas tipo Lickert, lo que permite obtener puntuaciones con las que realizar comparaciones entre personas o conocer en qué posición se sitúa una persona respecto a un nivel establecido en un punto de corte determinado. Dentro de los distintos tipos de instrumentos de medida, los cuestionarios o escalas han sido y siguen siendo los más utilizados.

Existe gran variabilidad entre los numerosos cuestionarios elaborados, especialmente en cuanto al grado de complejidad. Algunos, por ejemplo, optan por una evaluación sencilla del nivel de satisfacción general con la vida mediante una o dos preguntas genéricas, cuantificadas en una escala Lickert de varios puntos. Estas medidas, si bien presentan la ventaja de su sencillez y rapidez de aplicación, tienen también el inconveniente de ofrecer información muy limitada. Otros cuestionarios, por contra, constituyen instrumentos más complejos que incluyen distintas dimensiones a evaluar. La mayor parte de los cuestionarios pertenecen a este segundo tipo y han sido elaborados en base a un modelo determinado. Asimismo, muchos de ellos también permiten obtener una medida global del nivel de calidad de vida. Aunque algunos autores han señalado que esta medida global es un indicador suficiente de evaluación subjetiva (Kemmler, Holzner, Neudorfer, Meise y Hinterhuber, 1997), la mayor parte de los estudios consideran que, aunque necesario, resulta insuficiente, y por eso muestrean distintas dimensiones de calidad de vida.

En la actualidad, al no existir consenso sobre cómo medir la calidad de vida relacionada con la salud nos encontramos con gran profusión de instrumentos, muy variados y diversos, lo que dificulta su comparación y contribuye a mantener la confusión en torno a este concepto. El empleo de instrumentos genéricos diseñados para la población general se considera inadecuado en la evaluación de personas con esquizofrenia, por ser poco sensibles a sus características particulares. En comparación con la población general, se han identificado una serie de dificultades en la evaluación de la calidad de vida en personas con esquizofrenia (Katschnig, 2000a):

- La existencia de otras necesidades y menores recursos personales y ambientales que la población no esquizofrénica.
- La seria problemática derivada del estigma asociado a la esquizofrenia.
- La dificultad para identificar y expresar sus necesidades.

Resulta, pues, necesario, que los instrumentos a utilizar en la evaluación de la calidad de vida en la esquizofrenia cumplan una serie de criterios (Awad, 2008; Cervera et al., 1997):

- Ser apropiados para la población objeto de estudio.
- Ser prácticos en su administración y análisis.

- Cumplir con los criterios psicométricos de fiabilidad, validez y sensibilidad.
- Utilizar conjuntamente instrumentos de evaluación genéricos y específicos.
- Reflejar la multidimensionalidad del constructo y permitir la posibilidad de comparación de los índices de cada una de las dimensiones así como la valoración del peso de cada dimensión en el índice global.
- Incluir información proporcionada por el paciente que permita captar la subjetividad.
- Estar adaptado al nivel cognitivo y/o dificultades del paciente.
- Basarse y ser consistente con el marco teórico de base del evaluador.

Asimismo, también se recomienda que las evaluaciones no sean muy prolongadas en el tiempo para garantizar un adecuado nivel de atención. A partir de los 15-20 minutos se considera que puede disminuir el nivel de atención del paciente (Bobes, Gonzalez, Bousoño y Saiz, 1996).

Respecto a la utilidad que tiene el uso de estas escalas de evaluación de la calidad de vida se ha señalado (Cervera et al., 1997):

- La ayuda en la evaluación de las áreas más afectadas de la enfermedad así como en la toma de decisiones terapéuticas.
- El permitir, junto con otras medidas, valorar los programas de tratamiento y los cambios a realizar en el curso del tratamiento.
- La mejora en la interacción entre terapeuta y paciente al permitir al terapeuta un mejor conocimiento de las condiciones de vida del paciente.
- El potenciar el análisis de costo-beneficio del tratamiento y de la propia enfermedad.
- El permitir la planificación y la toma de decisiones en política sanitaria.

En las tablas 1 y 2 se recogen varios de los instrumentos más utilizados en la evaluación de la calidad de vida, expuestos en orden cronológico en cuanto a su desarrollo y clasificados en dos apartados: genéricos y específicos. A continuación se amplía información de algunos de estos instrumentos, en concreto aquellos que aparecen con más frecuencia en la literatura y cuentan con un mayor respaldo empírico.

Tabla 1. Instrumentos genéricos para la evaluación de la calidad de vida

| Instrumento | Autores | Año | Ítems | Dimensiones |
|--|--------------------------------------|------------|-------|---|
| Psychological General Well-Being Index (PGWB Index) | Dupuy | 1978 | 22 | Ansiedad, depresión, salud general, vitalidad, bienestar, autocontrol |
| Sickness Impact Profile (SIP) | Bergner, Bobbit, Carter y Gilson | 1976, 1981 | 136 | Sueño/descanso, alimentación, trabajo, manejo hogar, ocio, deambulaci3n, movilidad, cuidados, interacci3n social, grado alerta, conducta emocional, comunicaci3n |
| Quality of Life Questionnaire (QLQ) | Evans y Cope | 1989 | 192 | Bienestar general, relaciones interpersonales, participaci3n en organizaciones, ocio y recreo |
| Cuestionario de Salud EuroQol-5D (EQ-5D) | EuroQol Group | 1990, 1991 | 7 | Movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresi3n |
| Cuestionario de Calidad de Vida | Ruiz y Baca | 1991 | 39 | Apoyo social, satisfacci3n general, bienestar f3sico/ ps3quico, distensi3n laboral/ tiempo libre |
| Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud | Ware y Sherbourne | 1992, 2002 | 37 | Funcionamiento f3sico, rol f3sico, dolor, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional, salud mental |
| Instrumento de Evaluaci3n de la Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-100) | OMS (WHOQOL Group) | 1993 | 100 | F3sico, psicol3gico, nivel de independencia, relaciones sociales, entorno |
| Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacci3n y Placer (Q-LES-Q) | Endicott, Nee, Harrison y Blumenthal | 1993 | 93 | Salud f3sica, estado de 3nimo, trabajo, actividades del hogar, tareas de clase/curso, actividades de tiempo libre, relaciones sociales, actividades generales |
| 3ndice de Calidad de Vida de Wisconsin (W-QLI) | Becker y Diamond | 1999 | 123 | Satisfacci3n con la vida, ocupaci3n, bienestar psicol3gico, salud f3sica, relaciones sociales, econom3a, s3ntomas, actividades de la vida diaria, metas personales. |

Tabla 2. Instrumentos específicos para la evaluación de la calidad de vida en la esquizofrenia

| Instrumento | Autores | Año | Ítems | Dimensiones |
|--|---|------------------|-------|--|
| Escala de Calidad de Vida (QLS) | Heinrichs, Hanlon y Carpenter | 1984, 2003, 2005 | 21 | Funciones intrapsíquicas, relaciones interpersonales, rol instrumental, uso de objetos comunes y actividades cotidianas |
| Entrevista de Calidad de Vida (QOLI) | Lehman | 1988, 1991, 1993 | 143 | Lugar de residencia, familia, relaciones sociales, funcionamiento, trabajo, colegio, seguridad, finanzas, salud |
| Inventario de Calidad de Vida | Skantze y Malm | 1993 | 100 | Vivienda, entorno, contactos, dependencia, religión, salud mental, trabajo, autocuidado, servicios comunitarios, educación, finanzas, experiencias internas, salud física, ocio |
| Escala del Bienestar Subjetivo con Neurolépticos (SWN-K) | Naber | 1995 | 38 | Funcionamiento mental, autocontrol, regulación emocional, funcionamiento físico, integración social |
| Perfil de Calidad de Vida de Lancashire (IQoLP) | Oliver, Huxley, Priebe, Kaiser | 1997 | 98 | Detalles personales, bienestar general, trabajo/educación, tiempo libre, religión, finanzas, alojamiento, problemas legales, relaciones familiares, relaciones sociales, salud, autovaloración |
| Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida | Giner, Ibañez, Baca, Bobes, Leal, Cervera | 1997 | 59 | Aspectos favorables (satisfacción vital, autoestima, armonía), aspectos desfavorables (falta de aprehensión cognitiva, pérdida de energía, falta de control interno, dificultad de expresión emocional, dificultad de expresión cognitiva, extrañamiento, miedo a la pérdida de control, hostilidad contenida, autoestima) |

3.6.2. INSTRUMENTOS GENÉRICOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Los instrumentos genéricos para la evaluación de la calidad de vida son aquellos que son aplicables a cualquier tipo de población, independientemente de su condición clínica o diagnóstico. Una de las ventajas que ofrecen este tipo de instrumentos es que permiten la comparación entre personas o poblaciones con distintas enfermedades o trastornos. Por el contrario, tienen el inconveniente de estar formados por ítems que pueden resultar demasiado inespecíficos o globales y no ser adecuados para una situación en particular, perdiendo sensibilidad en la detección de determinados aspectos relevantes.

3.6.2.1. CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL (EQ-5D)

El EuroQol fue diseñado por un grupo multidisciplinar de investigadores de 5 países del norte de Europa. El objetivo era la construcción de un instrumento sencillo para describir y valorar la calidad de vida relacionada con la salud. En 1990 se publica la primera versión de este instrumento (EuroQol Group, 1990), que fue modificada poco después por el EQ-5D (Brooks, 1996), versión que se mantiene actualmente.

Se trata de un instrumento autoaplicado, aunque también se puede aplicar mediante entrevista personal e, incluso, a través de correo. Consta de dos partes: la primera evalúa 5 dimensiones: *movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión*; la segunda parte es una escala analógico-visual que le sirve al paciente para indicar el punto que mejor represente su estado de salud. Además, el EQ-5D ofrece la posibilidad de aplicar una tercera parte de obtención de valores de preferencia, que permite evaluar la preferencia de los sujetos en relación a unos estados de salud hipotéticos.

La escala cuenta con una adaptación a población española (Badia, Roset, Montserrat, Herdman y Segura, 1999), y ha demostrado una validez de constructo aceptable en pacientes con esquizofrenia (Prieto et al., 2004).

3.6.2.2. CUESTIONARIO SF-36 SOBRE EL ESTADO DE SALUD (MEDICAL OUTCOMES SURVEY SHORT-FORM GENERAL HEALTH-SURVEY, SF-36)

Es un instrumento autoaplicado, aunque también puede utilizarse de forma heteroaplicada, que proporciona una medida subjetiva del estado de salud desde el punto de vista que tiene el paciente sobre su enfermedad (Ware y Sherbourne, 1992). Evalúa la calidad de vida a lo largo de 8 subescalas que, a su vez, se agrupan en dos medidas sumarias: *salud física* y *salud mental*. Las subescalas evaluadas son: *funcionamiento físico*, *rol físico*, *dolor*, *salud general*, *vitalidad*, *funcionamiento social*, *rol emocional* y *salud mental*. Los ítems se puntúan en escalas Lickert de rango variable, de 2 a 6 valores.

En cuanto a sus criterios de bondad, el índice de consistencia interna (α de Cronbach) se sitúa en el rango ,71-,89; presenta una buena sensibilidad al cambio ($p<,001$) y una buena validez discriminante ($p<,001$) (Pukrop et al., 2003). Existe versión validada en España (Alonso et al., 1998).

En 2002 se publica una nueva versión de este instrumento en la que se modifica fundamentalmente las instrucciones de presentación y el número de respuestas, con el objetivo de mejorar las propiedades psicométricas del cuestionario (Vilagut y Alonso, 2007). Asimismo, existen versiones reducidas de 12 y 8 ítems.

3.6.2.3. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE, WHOQOL-100)

El WHOQOL (World Health Organization. WHOQOL Group, 1998a) fue elaborado por un grupo de expertos de la OMS en base a su modelo conceptual de calidad de vida, y simultáneamente desarrollado en un amplio número de lenguas y culturas, permitiendo así un enfoque transcultural. Se trata de un instrumento autoaplicado que permite una medida de la calidad de vida subjetiva. Consta de 100 ítems estructurados de forma jerárquica que evalúan 6 dominios de la calidad de vida, a su vez integrados por distintas facetas. Estos dominios son: *salud física*, *salud psicológica*, *nivel de independencia*, *relaciones sociales*, *entorno* y *espiritualidad/religión/creencias personales*. La escala cuenta, asimismo, con un índice

global de la calidad de vida de la persona evaluada. El paciente valora los distintos ítems siguiendo una escala tipo Lickert de 5 puntos.

La OMS ha desarrollado una versión abreviada de este instrumento, el WHOQOL-BREF (World Health Organization. WHOQOL Group, 1998b) que consta de 26 ítems que evalúan 4 de las 6 dimensiones anteriores: *salud física*, *salud psicológica*, *relaciones sociales* y *entorno*.

Las dos versiones de este instrumento cuentan con adecuados criterios de bondad en población con esquizofrenia. Estudios realizados para su valoración psicométrica recogen adecuados índices de consistencia interna (coeficiente α de Cronbach entre ,65 y ,89 para el WHOQOL-BREF, y un coeficiente α = ,94 para WHOQOL-100) y una buena validez discriminante ($p < ,001$ para WHOQOL-BREF y $p < ,001$ o $p < ,05$ para WHOQOL-100) (Mas-Expósito, Amador-Campos, Gómez-Benito, Lalucat-Jo y Research Group on Severe Mental Disorder, 2011; Orsel, Akdemir y Dağ, 2004). Existe una versión adaptada a población española (Lucas-Carrasco, 2012).

3.6.3. INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LA ESQUIZOFRENIA

Los instrumentos específicos para la evaluación de la calidad de vida son aquellos que han sido específicamente diseñados para evaluar este constructo en una población concreta. Son, por tanto, instrumentos concretos que atienden a las características específicas de la población objeto de estudio y, por lo general, son vistos por los pacientes como pertinentes al contener en la evaluación aspectos relevantes de sus necesidades. Dada su especificidad no es adecuada su administración en personas distintas a la población objetivo para la que han sido diseñados. Por tanto, y a diferencia de los instrumentos genéricos, no permiten la comparación entre personas con distintas patologías o trastornos.

Los instrumentos específicos para la evaluación de la calidad de vida en la esquizofrenia incluyen, en su mayoría, una perspectiva multidimensional, centrándose en varios dominios de la vida de las personas e integran medidas del estado funcional, el

acceso a recursos y oportunidades y la sensación de bienestar. Algunos de los instrumentos más utilizados se describen a continuación.

3.6.3.1. ENTREVISTA DE CALIDAD DE VIDA DE LEHMAN (LEHMAN QUALITY OF LIFE INTERVIEW, QOLI)

La QOLI fue desarrollada por Lehman et al. (1982) con el objetivo inicial de explorar la calidad de vida en personas con trastorno mental grave que residían en dispositivos asistenciales comunitarios. Evalúa, tanto la calidad de vida objetiva en relación a las circunstancias vitales que tienen y experimentan las personas, como la calidad de vida subjetiva respecto a lo que sienten en cuanto a esas condiciones vitales. La entrevista proporciona una amplia valoración de las experiencias de la vida en una extensa serie de áreas vitales, conforme con el modelo de calidad de vida de Lehman (1988).

Se trata de una entrevista estructurada que debe ser administrada por un evaluador entrenado (no necesariamente clínico). Consta de 143 ítems que exploran 8 dominios: *lugar de residencia, familia, relaciones sociales, actividades cotidianas y de funcionamiento, trabajo/colegio, ley/seguridad, finanzas y salud*. La QOLI contiene una medida global de la satisfacción vital así como medidas de calidad de vida objetiva y subjetiva de cada uno de los dominios anteriores. El tiempo estimado requerido para su aplicación es de 45 minutos.

Las propiedades psicométricas de la QOLI han sido ampliamente evaluadas (Lehman, 1983a, 1995; Lehman, Postrado y Rachuba, 1993; Levitt, Hogan y Bucosky, 1990). La fiabilidad de la consistencia interna alcanza niveles adecuados en torno a valores de $\alpha = ,85$ para las escalas subjetivas y $,68$ para las objetivas. La fiabilidad test-retest (una semana de intervalo) se encuentra entre $,41$ -, 95 para las escalas subjetivas y $,29$ -, 98 para las objetivas. La validez de constructo y predictiva es adecuada.

La QOLI cuenta con traducción española (Bobes, García-Portilla y Bousño, 1995).

La versión original de la QOLI ha sufrido numerosos cambios encaminados a mejorar su fiabilidad y validez así como a hacer sus ítems más breves y comprensibles, teniendo como resultado final una versión breve de la escala. Ésta proporciona una

visión muy amplia de la calidad de vida a través de 78 ítems que conservan la misma estructura y objetivos de la versión original. En este caso, la duración aproximada de aplicación se encuentra entre los 15-20 minutos. Las propiedades psicométricas de la versión abreviada son similares a la versión completa (Lancon et al., 2000).

3.6.3.2. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (QUALITY OF LIFE SCALE, QLS)

Aunque la escala fue originalmente diseñada para medir el defecto esquizofrénico (Heinrichs, Hanlon y Carpenter, 1984), en la actualidad es considerada como una medida objetiva de la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia. Heteroaplicada, se administra a través de una entrevista semiestructurada en la que el evaluador valora el funcionamiento del paciente en cada una de las áreas que comprende la escala. Consta de 21 ítems que se agrupan en un total de 4 factores: *funciones intrapsíquicas, relaciones interpersonales, rol instrumental y uso de objetos comunes y actividades cotidianas*. Los ítems se puntúan siguiendo una escala Lickert de 7 valores. También se han desarrollado versiones reducidas de 7 y 5 ítems (Bilker et al., 2003; Ritsner, Kurs, Ratner y Gibel, 2005).

La QLS ha demostrado adecuadas características psicométricas, con unos índices de consistencia interna (α de Cronbach) entre ,8-,9 y una buena validez interna y fiabilidad test-retest. Además, ha demostrado ser más sensible a los cambios que otras medidas de evaluación como, por ejemplo, la Entrevista de Calidad de Vida de Lehman (Ritsner, 2007b). Cuenta con una versión adaptada a población española (Rodríguez et al., 1995).

Algunos autores han señalado que se ha de tener cautela a la hora de considerar a la QLS como una medida general de calidad de vida, dada la alta correlación con la sintomatología negativa y su original propósito de medir el síndrome defectual (Norman et al., 2000; Whitty et al., 2004). Sin embargo, en la literatura especializada esta escala sigue siendo valorada como una buena medida de la calidad de vida objetiva (García-Portilla et al., 2011; Johnson, 2011; Ritsner, 2007b; Schalock y Verdugo, 2003).

3.6.3.3. PERFIL DE CALIDAD DE VIDA DE LANCASHIRE (LANCASHIRE QUALITY OF LIFE PROFILE, LQOLP)

Es un instrumento heteroaplicado, una entrevista estructurada diseñada para valorar la calidad de vida objetiva y subjetiva en enfermos mentales crónicos (Oliver, Huxley, Priebe y Kaiser, 1997). Está basada en la “Entrevista de Calidad de Vida de Lehman” (*Lehman’s Quality of Life Interview, QoLI*; Lehman, 1988) y se rige bajo la misma teoría subyacente, aunque con algunas modificaciones. Se centra en 13 áreas: *trabajo/educación, tiempo libre, religión, finanzas, alojamiento, problemas legales y seguridad ciudadana, relaciones familiares, relaciones sociales, salud y autoestima*. En cada una de las áreas se incluyen varios ítems de valoración objetiva y subjetiva. La valoración subjetiva se realiza mediante una escala analógico-visual. También incluye dos medidas de bienestar psicológico: un indicador de salud mental y un indicador de autoestima, tanto positiva como negativa.

La entrevista ha demostrado ser un instrumento fiable en la evaluación de la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia, con una consistencia interna para la escala total de $\alpha=,87$, y entre ,30-,88 para las subescalas (valor mínimo en el dominio “*trabajo*” $\alpha=,30$); la fiabilidad test-retest es de ,61-,75 para los dominios y ,82 para el índice general (Gaité et al., 2000). Existe una versión española (Vazquez-Barquero et al., 1997).

3.7. RESUMEN

A través de este capítulo se ha realizado un acercamiento a la calidad de vida en las personas con esquizofrenia. Primeramente se ha puesto de manifiesto cómo a lo largo de estas últimas décadas se ha observado un importante cambio en la concepción de la salud y la enfermedad. Los sistemas sanitarios, antes centrados casi exclusivamente en la curación del paciente, pasan a modificar sus objetivos y a priorizar aspectos relacionados con el bienestar, lo que incluye las necesidades y preferencias personales. El concepto de calidad de vida ha resultado una noción sensibilizadora de la perspectiva del individuo y, en el contexto de la salud, ha supuesto un cambio en la consideración y prioridades del cuidado sanitario que ha pasado a establecer el bienestar psicológico como un elemento clave en sus intervenciones. A lo largo de estos años este concepto

ha adquirido un interés e importancia creciente y en la actualidad se ha consolidado como un elemento indiscutible dentro de las políticas sociales y sanitarias.

La salud mental no ha estado al margen de este nuevo paradigma, sensibilizándose con estas nuevas aportaciones. La desinstitucionalización de las personas con trastorno mental grave supuso un cambio radical en la vida e intervención con estos pacientes y la aparición de este paradigma supuso una renovación que permitía completar (y mejorar) los abordajes ya existentes.

Sin embargo, el estudio de este constructo en relación con personas con esquizofrenia no estuvo, ni está, exento de polémica. Algunos autores han señalado la dificultad de evaluación de este concepto en personas con esquizofrenia, sobre todo en lo referente a los aspectos subjetivos, debido a las características psicopatológicas y cognitivas asociadas a este trastorno, llegando incluso a considerar esta evaluación como de poca o nula fiabilidad. Otros autores, en cambio, consideran que sí pueden realizar una correcta autoevaluación, la cual entienden como imprescindible para conocer lo que las personas perciben y sienten.

Como se ha podido observar, a pesar del gran volumen de literatura existente en torno al concepto de calidad de vida, todavía sigue siendo un escenario de debate. Sin embargo, y aún cuando no se ha conseguido una definición unificada, en la actualidad sí existen puntos en los que se observa un amplio acuerdo, como el reconocimiento de la multidimensionalidad de este constructo, la consideración de aspectos tanto subjetivos como objetivos, y la necesidad de desarrollar indicadores que permitan operativizar las distintas dimensiones.

La falta de consenso en cuanto a su definición ha favorecido la aparición de varias formulaciones teóricas que suponen un acercamiento para su mejor comprensión. Los modelos abordados en este capítulo son aproximaciones que tienen o han tenido una especial relevancia en el estudio de la calidad de vida. A lo largo del tiempo, los paradigmas se van haciendo más complejos y van abordando un mayor número de variables implicadas. En general, los modelos expuestos intentan determinar qué aspectos resultan relevantes a la hora de mostrar una alta o baja calidad de vida con el objetivo de desarrollar formas de intervención que permitan optimizar la calidad de vida de las personas. Sin embargo, difieren en la forma de acercarse al constructo.

El modelo de Schalock y Verdugo (Schalock y Verdugo, 2003) es el único enmarcado en una perspectiva ecológica que permite tener en cuenta y diferenciar entre los distintos sistemas en los que está inmerso el individuo. El resto de paradigmas abordados, por el contrario, se centran en factores que tienen que ver con una perspectiva más individual relacionada con las propias condiciones del individuo o con aspectos que le afectan directamente, como las condiciones de vida. El modelo de la OMS (WHOQOL Group, 1995), supone un punto intermedio ya que, aunque no hace una referencia explícita a la perspectiva de sistemas, sí tiene en cuenta características ambientales en las que se mueve el individuo, que podrían situarse en el mesosistema.

Por otro lado, el modelo de la OMS y el de Schalock y Verdugo son los únicos que señalan explícitamente las dimensiones que engloba su constructo de calidad de vida, estando el resto de modelos centrados en los factores influyentes.

Dadas las características de los distintos modelos analizados, se considera que el modelo de la OMS es un modelo adecuado para guiar la siguiente investigación objeto de esta tesis doctoral. Aunque este paradigma no cuenta con un acuerdo unánime entre los distintos autores, sí es ampliamente aceptado y utilizado en el estudio de la calidad de vida en personas adultas con esquizofrenia. Además, proporciona un instrumento de medida validado para esta muestra y utilizado ampliamente a nivel internacional, lo que permite la comparación con otros trabajos de investigación.

Por otra parte, la perspectiva ecológica de Schalock y Verdugo es tenida en cuenta como forma imprescindible de entender la calidad de vida. Si ésta se entiende exclusivamente desde una perspectiva individual, corre el riesgo de perder elementos cruciales para su comprensión (Bullinger, Schmidt y Naber, 2007). La evaluación de los elementos de los distintos sistemas en lo que está inmerso el individuo otorga la posibilidad de observar los aspectos estructurales que involucran a las personas.

Unido a esta diversidad conceptual se encuentra la pluralidad en las formas de evaluación. Los distintos modelos han dado lugar a instrumentos muy variados con objetivos y estructuras muy diversas.

En el momento actual existen una amplia gama de instrumentos para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud, sin embargo, la creación de nuevas herramientas es escasa. Esto contribuye a que muchas de las entrevistas o cuestionarios

tengan una larga trayectoria y cuenten con una amplia experiencia en su uso con diversas poblaciones. Los cuestionarios analizados en este capítulo cuentan con un amplio recorrido dentro del estudio de la calidad de vida en trastornos mentales graves, como en el caso de la esquizofrenia, y gozan de buenas características psicométricas.

En cuanto a la elección de instrumentos de medida, se deben tener en cuenta algunas recomendaciones que consideran necesario el uso complementario de medidas objetivas y subjetivas de la calidad de vida (Fitzgerald et al., 2003), así como la inclusión conjunta de instrumentos genéricos y específicos que reflejen la multidimensionalidad del constructo y que permitan comparaciones entre índices (Awad, 2008). Esto, unido a la importancia indiscutible de las características y propiedades psicométricas de las distintas herramientas de evaluación, nos llevan a considerar el WHOQOL-BREF y el QLS como los instrumentos de elección más adecuados para la evaluación de la calidad de vida en personas con esquizofrenia que realizaremos en la presente tesis doctoral. Estos instrumentos no sólo se encuentran validados en la población objeto de nuestro trabajo sino que también cuentan con una amplia trayectoria dentro de la investigación. Además, permiten una amplia valoración, tanto global como a través de dimensiones, de la calidad de vida, y suponen formas complementarias de evaluación subjetiva y objetiva.

4. CALIDAD DE VIDA Y FACTORES ASOCIADOS EN LA ESQUIZOFRENIA

4.1. INTRODUCCIÓN

El avance en la consideración de la calidad de vida como un aspecto esencial en el tratamiento de las personas con diagnóstico de esquizofrenia ha provocado un interés creciente en la investigación de aquellos factores o aspectos relacionados con la misma. El conocimiento de aquellas condiciones que permiten la mejora en la calidad de vida es un aspecto que podría contribuir a diseñar intervenciones que posibiliten a los pacientes disfrutar de una vida más plena y satisfactoria.

A lo largo de este segundo capítulo realizaremos una aproximación a aquellos factores que se han relacionado con la calidad de vida así como su impacto en la misma. Comenzaremos con un apartado en el que se ofrece una visión general sobre el estado de la cuestión así como las dificultades encontradas en torno a esta temática.

Seguidamente realizaremos un examen de la influencia que, sobre la calidad de vida, ejercen algunos de los factores especialmente relevantes en las personas con esquizofrenia: la psicopatología, el funcionamiento social y el funcionamiento cognitivo. Dado que estos aspectos son elementos cruciales en su estado y evolución, resulta necesario un análisis exhaustivo de su relación con la calidad de vida. Además, se proporciona una breve exposición de la influencia de otros elementos relevantes encontrados en la literatura actual.

También se incluye en este capítulo un apartado que aborda la relación entre la calidad de vida y el medio rural en la esquizofrenia. Como veremos, este es un aspecto que no ha suscitado un gran interés investigador. En la bibliografía actual se encuentran numerosas referencias a aspectos individuales de la calidad de vida pero son pocos los estudios que tengan en cuenta el contexto en el que se desenvuelve el individuo. Sin embargo, al ser difícil comprender la salud mental sin tener en cuenta el ambiente de las personas, la consideración contextual resulta un elemento esencial para un entendimiento global. Por ello, examinaremos las características del medio rural, el impacto de la cultura y el entorno en la salud mental y en la esquizofrenia, así como la importancia de los aspectos culturales en la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia. Finalizaremos con un resumen de los principales aspectos y conceptos abordados en este capítulo.

4.2. FACTORES ASOCIADOS

Como se ha expuesto anteriormente, el estudio de los factores predictores de una mayor o menor calidad de vida es un tema que ha suscitado un importante interés científico. Algunos de los factores que han llamado la atención de los investigadores han sido la psicopatología, el rendimiento cognitivo, el nivel de funcionamiento o los factores sociodemográficos (los cuales se analizarán más adelante).

Además de estos factores, han sido muchos los aspectos que se han tenido en cuenta en su relación con la calidad de vida en personas con diagnóstico de esquizofrenia. Así, se pueden encontrar en la literatura publicaciones en torno a factores como la farmacoterapia (Karamatskos, Mulert, Lambert y Naber, 2012; Ruiu, Casu, Casu, Piras y Marchese, 2012), el insight (Karow y Pajonk, 2006; Xiang et al., 2012), la personalidad (Margetić, Jakovljević, Ivanec y Margetić, 2011; Ritsner, Farkas y Gibel,

2003b), la rehabilitación psicosocial (Bartels y Pratt, 2009), el estigma (Switaj, Wciórka, Smolarska-Switaj y Grygiel, 2009), la autoestima (Kunikata et al., 2005; Tang y Wu, 2012), el empleo (Marwaha y Johnson, 2004; Üçok, Gorwood, Karaday y EGOFORS, 2012), el ejercicio físico (Vancampfort et al., 2012), el yoga (Cramer, Lauche, Klose, Langhorst y Dobos, 2013) o las creencias religiosas (Shah et al., 2011), entre otros.

A pesar del gran volumen de publicaciones en torno a esta temática no existe en el momento actual un consenso o clarificación en torno a qué factores son predictores de la calidad de vida. Los distintos trabajos publicados arrojan resultados discordantes y, por tanto, poco concluyentes. Así, podemos encontrar estudios que muestran una fuerte relación de la calidad de vida con una variable determinada y otros que no encuentran relación con esa misma variable.

Esta variabilidad en los resultados podría ser explicada por varios factores (Eack y Newhill, 2007; Lambert y Naber, 2004; Tolman y Kurtz, 2012). La falta de una definición consensuada de la calidad de vida hace que se tengan en cuenta distintos indicadores para evaluar un mismo concepto. Se han identificado al menos dos tipos de modelos predominantes en la investigación sobre calidad de vida en la esquizofrenia (Gladis, Gosch, Dishuk y Crits-Christoph, 1999). El primer modelo tendría en cuenta la percepción del individuo sobre su satisfacción con la vida (lo que se conoce como calidad de vida subjetiva); el segundo modelo se centraría en la evaluación que un observador externo realiza sobre la situación social, material y de salud del paciente evaluado (calidad de vida objetiva). Algunos autores explicitan su adhesión a uno u otro modelo mientras que otros se refieren genéricamente al término “calidad de vida”.

Asimismo, los instrumentos de medida utilizados difieren ampliamente en los distintos estudios, lo que dificulta la capacidad comparativa. Teniendo en cuenta un mismo punto de partida, por ejemplo, la calidad de vida subjetiva, hay una gran variabilidad en los instrumentos de evaluación. Mientras que unos estudios utilizan instrumentos complejos con varias dimensiones, como por ejemplo el “Instrumento de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud” (*WHOQOL*; World Health Organization. WHOQOL Group, 1998), otros optan por medidas más simples de uno o dos ítems, tipo escala Lickert, en los que preguntan al paciente por su satisfacción con la vida. Igual situación encontramos con el resto de variables estudiadas. A modo de

ejemplo, y en lo referente a la psicopatología, en concreto a la depresión, algunos autores la evalúan mediante escalas específicas, como la “Escala de Depresión de Calgary” (*Calgary Depression Scale, CDS*; Addington, Addington y Schissel, 1990), mientras que otros toman como variable la dimensión de la “Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia” (*Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS*; Kay, Fiszbein y Opler, 1987) referente a depresión.

Otro elemento inductor de variabilidad es el tipo de muestra utilizada. Así, algunos trabajos se circunscriben al diagnóstico de esquizofrenia, otros, sin embargo, amplían la muestra a algunos trastornos afines, como el trastorno esquizoafectivo (Brüne, Schaub, Juckel y Langdon, 2011; Kurtz, Bronfeld y Rose, 2012; Yeung y Chan, 2006). Este es un aspecto complejo ya que aunque algunos estudios han informado de resultados similares en muestras con diagnóstico de esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo en relación a la calidad de vida (Ritsner et al., 2003c; Ritsner et al., 2012a), otros resaltan resultados diferenciales (Atkinson et al., 1997; Bengtsson-Tops y Hansson, 1999; Kao, Liu, Chou y Cheng, 2011; Narvaez et al., 2008; Saarni et al., 2010). Asimismo, el curso del trastorno y las características asociadas al mismo suele ser algo mejor en el trastorno esquizoafectivo que en la esquizofrenia, sobre todo cuando hay una predominancia de los síntomas afectivos sobre los psicóticos (American Psychiatric Association, 2002; Vallejo, 2006).

Por otro lado, y dentro de la variabilidad en la muestra utilizada, también pueden encontrarse diferencias en cuanto al estado psicopatológico de las personas evaluadas realizándose algunos estudios con pacientes agudos ingresados en unidades cerradas de hospitalización completa, pacientes en un primer episodio psicótico o pacientes crónicos estabilizados. Las distintas fases en la evolución del trastorno muestran características diferenciales encontrándose en los pacientes en remisión una menor psicopatología, mejor funcionamiento social y mayor calidad de vida (Brissos, Dias, Balanzá-Martinez, Carita y Figueira, 2011).

Con el fin de profundizar en el estudio de los factores predictores de una mayor o menor calidad de vida, se ha procedido a la realización de una revisión de la bibliografía especializada en este tema. Esta revisión se ha centrado en aquellos aspectos que se han encontrado especialmente relevantes en el funcionamiento de las personas con esquizofrenia: variables sociodemográficas, psicopatología, funcionamiento social y

rendimiento cognitivo. Para la misma se efectuó una extensa búsqueda en la literatura que permitiera localizar aquellos estudios realizados sobre la influencia de estos factores en la calidad de vida de las personas con diagnóstico de esquizofrenia. Se tuvieron en cuenta todos los estudios publicados hasta diciembre de 2014. Esta búsqueda fue llevada a cabo en diversas revistas científicas a través de las bases de datos PUBMED y PsycINFO, introduciendo los términos, tanto aislados como combinados, “calidad de vida”, “esquizofrenia”, “factores asociados”, “psicopatología”, “funcionamiento social”, “funcionamiento cognitivo” o “cognición”, en castellano e inglés. La búsqueda en la base de datos inicial arrojó 482 estudios, de los cuales se seleccionaron aquellos trabajos que: (1) usaran métodos empíricos de investigación, (2) utilizaran formas de medida basadas en instrumentos con adecuadas propiedades psicométricas empíricamente demostradas, (3) e incluyeran exclusivamente como muestra a analizar en el estudio pacientes crónicos y estabilizados con diagnóstico de esquizofrenia.

También se tuvieron en cuenta las tesis doctorales disponibles en formato electrónico, localizadas a través de las bases de datos TESEO y DIALNET. Las referencias recogidas en los artículos o tesis consultados también fueron utilizadas para localizar estudios que fueran relevantes.

De los artículos localizados se excluyeron aquellos que estuvieran publicados en un idioma distinto al inglés o al castellano. Finalmente se obtuvieron 22 investigaciones que presentaban las características descritas. Un resumen de los estudios analizados se muestra en la tabla 3, donde se recogen los estudios incluidos así como las medidas utilizadas y los resultados obtenidos.

Tabla 3. Calidad de vida y factores relacionados en pacientes con esquizofrenia

| Estudio | N | Medidas | | | | Factores relacionados con la calidad de vida | | | | |
|-------------------------|-----|-----------------|----------------|--|------------------------|--|---|------------------------|---------------------------|--|
| | | Calidad de vida | Psicopatología | Nivel de funcionamiento social | Rendimiento cognitivo | Factores socio-demográficos | Psicopatología | Funcionamiento social | Neurocognición | |
| Adelufosi et al., 2013 | 313 | WHOQOL-BREF | BPRS | Apoyo percibido mediante Lickert de 3 puntos | - | Empleo | Sintomatología total | Apoyo social percibido | - | |
| Aki et al., 2008 | 64 | SQLS, QLS | BPRS, CDSS | LSP | - | - | SQLS: depresión. QLS: sintomatología negativa | Si | - | |
| Akinsulore et al., 2014 | 100 | WHOQOL-BREF | PANSS, SDS | GAF | - | Estado civil, educación | Depresión, síntomas positivos y negativos | SI | - | |
| Aksaray et al., 2002 | 57 | PCASEE | SANS | - | WCT | - | Síntomas negativos | - | Perseveración | |
| Alptekin et al., 2005 | 38 | WHOQOL-BREF | PANSS | - | Dígitos (WAIS) y COWAT | - | No | - | Atención y fluidez verbal | |
| Brissos et al., 2011a | 76 | WHOQOL-BREF | PANSS | PSP | - | Edad, nivel educativo | Síntomas negativos | No | - | |
| Chino et al., 2009 | 36 | WHOQOL-BREF | PANSS | GAF, SFS | MMSE, RAVLT, LFT | - | Depresión y síntomas positivos | Si | No | |

| Estudio | N | Medidas | | | | Factores relacionados con la calidad de vida | | | |
|---|------|------------------------------|--------------------|--|---|--|--|-----------------------|--|
| | | Calidad de vida | Psicopatología | Nivel de funcionamiento social | Rendimiento cognitivo | Factores socio-demográficos | Psicopatología | Funcionamiento social | Neurocogición |
| Dickerson et al., 1998 | 72 | QOLI | PANSS | SFS | Subtest WAIS (V, D, A, CN, CC), WCST, RCFT, CWF, HWAS, TMT, WMS-R | Débil | Depresión | No | Memoria |
| Fervaha et al., 2013 | 1447 | QLS, QoLI | PANSS, CDSS, CGI-S | Índice de funcionamiento de Rabinowitz | - | No | Depresión, ansiedad | - | - |
| Galuppi et al., 2010 | 104 | WHOQOL-BREF | BPRS | FPS | - | Sexo | Depresión/ansiedad, síntomas positivos y negativos, psicopatología general | Si | - |
| Hansson et al., 1999 | 418 | LQOLP | BPRS | GAF, ISSI | - | - | Depresión y ansiedad | No | - |
| Heider et al., 2007 | 1208 | QoLI | PANSS | GAF | - | Edad, empleo, convivencia | Depresión y síntomas positivos | Si | - |
| Heslegrave et al., 1997 | 42 | SIP 2 preguntas Likert | PANSS | - | COGLAB | - | Síntomas negativos | - | Débil y solo con span de memoria y memoria icónica |
| Hofer et al., 2005a; Hofer, et al., 2005b | 60 | WHOQOL-BREF | PANSS | - | MWT-B, WCST, CVLT, TAP, BVRT | Sexo | Depresión, ansiedad y síntomas negativos | - | No |

| Estudio | N | Medidas | | | | Factores relacionados con la calidad de vida | | | |
|-------------------------|-----|-----------------|----------------|--------------------------------|---|--|---|-----------------------|--|
| | | Calidad de vida | Psicopatología | Nivel de funcionamiento social | Rendimiento cognitivo | Factores socio-demográficos | Psicopatología | Funcionamiento social | Neurocognición |
| Kunikata et al., 2005 | 73 | WHOQOL-BREF | BPRS | - | - | No | Depresión | - | - |
| Meijer et al., 2009 | 143 | LQoLP SF-36 | BPRS | GAF | - | No | Ansiedad/depresión | Si | - |
| Montemagni et al., 2014 | 92 | QLS-IF | PANSS | - | - | Si | Síntomas negativos | - | - |
| Risner, 2007c | 62 | Q-LES-Q, QLS | PANSS | - | CANTAB | - | - | - | Funciones ejecutivas, atención, memoria, habilidades motoras |
| Sora y Heinrichs, 2004 | 55 | SIP | BPRS | - | Subtest WAIS (CC y V), WCST, CVLT, Pegboard | Sexo, edad | No | - | Funciones ejecutivas, destreza y velocidad motora |
| Ueoka et al., 2011 | 61 | QLS | PANSS, CDSS | - | BACS | - | Depresión, síntomas positivos y negativos | - | Memoria verbal, atención y velocidad de procesamiento |
| Woon et al., 2010 | 83 | WHOQOL-BREF | PANSS | GAF | BACS | Edad, estado civil | Síntomas negativos y psicopatología general | Si | Si |

| Estudio | N | Medidas | | | | | Factores relacionados con la calidad de vida | | |
|-----------------------|----|-----------------|----------------|--------------------------------|-----------------------|-----------------------------|--|-----------------------|----------------|
| | | Calidad de vida | Psicopatología | Nivel de funcionamiento social | Rendimiento cognitivo | Factores socio-demográficos | Psicopatología | Funcionamiento social | Neurocognición |
| Yamauchi et al., 2008 | 84 | SOLS, QLS | PANSS | - | - | - | SOLS: síntomas positivos y negativos. QLS: síntomas negativos | - | - |

- : Variable no evaluada; BACS: Batería Breve para la Evaluación de la Cognición en la Esquizofrenia; BPRS: Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica; BVRT: Test de Relación Visual de Benton; CANTAB: Batería de Evaluación Neuropsicológica de Cambridge; CDSS: Escala para la Depresión de Calgary para la Esquizofrenia; CGI-S: Escala de Impresión Clínica Global para la Esquizofrenia; COWAT: Test de Asociación Controlada de Palabras; CVLT: Test de Aprendizaje Verbal de California; CWF: Prueba de Fluencia Verbal de Chicago; FPS: Escala de Funcionamiento Personal y Social; GAF: Escala de Evaluación de la Actividad Global; HWAS: Screening de Afasia de Halstead-Wepman; ISSI: Entrevista de Interacción Social; QoLI: Entrevista de Calidad de Vida de Lehman; Q-LES-Q: Questionario de Calidad de Vida: Satisfacción y Placer; QLS: Escala de Calidad de Vida de Heinrichs; QOLI: Entrevista de Calidad de Vida; LFT: Test de Fluencia de Letras; LOQLP: Perfil de Calidad de Vida de Lancashire; LSP: Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana; MMSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental; MWT-B: Test de Elección de Palabras Múltiple; PANSS: Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia; PSP: Escala de Funcionamiento Personal y Social; RCFT: Figura Compleja de Rey; SANS: Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos; SDS: Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung; SIP: Perfil de Consecuencias de la Enfermedad; SF-36: Questionario SF-36 sobre el Estado de Salud; SFS: Escala de Funcionamiento Social; SOLS: Escala de Calidad de Vida en la Esquizofrenia; TAP: Test de Rendimiento Atencional; TMT: Trail Making Test; WAIS: Escala de Inteligencia de Weschler (V: Vocabulario; D: Dígitos; A: Aritmética; CN: Clave de números; CC: Cubos); WCST: Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin; WHOQOL-BREF: Escala de Calidad de Vida de la OMS (versión breve); WMS-R: Escala de Memoria de Weschler (versión revisada);

Realizar una búsqueda restringida en la que se incluyeran únicamente estudios que evaluaran en exclusiva a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, crónicos y estabilizados, se debe al interés por reducir en lo posible la variabilidad observada, introduciendo las menores fuentes de variabilidad posibles. Así como los síntomas psicóticos pueden afectar a la calidad de vida de los pacientes de forma diferencial en su fase aguda o estable (Eack y Newhill, 2007), lo mismo puede ocurrir con otras características como el diagnóstico o el tiempo de evolución, en los que se han encontrado hallazgos contradictorios. Es por ello que para la siguiente exposición se ha optado por no incluir trabajos que consideran dentro de un mismo grupo pacientes con diagnósticos similares como el trastorno esquizoafectivo, bipolar u otros afines, y se han incluido solo pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, crónicos y estabilizados. Asimismo, y persiguiendo un mayor aporte de claridad en torno al concepto de calidad de vida, se han analizado de forma separada aquellas investigaciones que evalúan la calidad de vida en su forma subjetiva u objetiva.

En el siguiente apartado nos centraremos en los resultados obtenidos en esta revisión bibliográfica en relación con los factores sociodemográficos relacionados con la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia.

4.2.1. CALIDAD DE VIDA Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN LA ESQUIZOFRENIA

Un aspecto que se suele tener en cuenta en su relación con la calidad de vida son los factores sociodemográficos. A pesar de que existe una tendencia a indicar algunos aspectos como el género, la edad, el estado civil o la duración de la enfermedad como factores asociados a una mayor o menor calidad de vida, señalando a las mujeres, la gente joven o las personas casadas como población con mayor calidad de vida (Bobes, Garcia-Portilla, Bascaran, Saiz y Bousoño, 2007), algunos autores señalan que el rol de los aspectos sociodemográficos sobre la calidad de vida es pequeño o nulo, no encontrándose un impacto significativo sobre los niveles de calidad de vida (Fervaha et al., 2013; Kunikata et al., 2005; Meijer, Koeter, Sprangers y Schene, 2009).

Así, Kunikata et al. (2005) realizan un estudio con el objetivo de evaluar la relación existente entre la calidad de vida y factores como las características personales, los

indicadores objetivos y la autoestima. Trabajan con una muestra de 73 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, utilizando entre otras escalas, el WHOQOL-BREF para la evaluación de la calidad de vida subjetiva. Las características sociodemográficas que tuvieron en cuenta fueron: sexo, edad, estado civil, ocupación, nivel educativo, convivencia, hospitalizaciones y duración de trastorno. Los resultados no reflejan una influencia significativa de las variables sociodemográficas evaluadas en la calidad de vida.

En el momento actual, los datos referentes a la influencia de las características sociodemográficas sobre la calidad de vida no son concluyentes pues aparecen resultados dispares entre los distintos trabajos publicados.

Por otra parte, y a pesar de que los factores sociodemográficos son variables frecuentemente incluidas dentro de los estudios de investigación, no todos los trabajos revisados las incluyen. Así, de los 22 estudios recogidos en esta revisión, solo 12 realizan un análisis de la relación o influencia que las distintas variables sociodemográficas ejercen sobre la calidad de vida. A continuación se exponen los resultados obtenidos en función de las citadas variables.

4.2.1.1. GÉNERO

Aunque en algunos trabajos los resultados muestran una menor satisfacción subjetiva de las mujeres, tanto general (Galuppi et al., 2010) como en dominios referentes a la salud física (Hofer et al., 2005a) o las relaciones sociales (Dickerson et al., 1998), otras publicaciones no encuentran una mayor o menor calidad de vida subjetiva en función del género (Fervaha et al., 2013; Heider et al., 2007; Kunikata et al., 2005; Meijer et al., 2009).

En lo referente a la calidad de vida evaluada mediante un observador externo no se encuentran diferencias en función del sexo (Heider et al., 2007).

4.2.1.2. EDAD

La edad se ha relacionado negativamente con la calidad de vida subjetiva general (Sota y Heinrichs, 2004) así como con algunos dominios de la misma tales como la

calidad de vida física y ambiental (Brissos et al., 2011a). Otros autores, en cambio, encuentran que, a mayor edad, mayor calidad de vida subjetiva general (Woon et al., 2010) o familiar (Heider et al., 2007).

Pero también encontramos en la bibliografía estudios que concluyen que la edad no es un factor relacionado significativamente con la calidad de vida subjetiva (Dickerson et al., 1998; Kunikata et al., 2005; Meijer et al., 2009).

4.2.1.3. ESTADO CIVIL

El estado civil se ha descrito como un aspecto no influyente en la calidad de vida, tanto en su dimensión subjetiva (Heider et al., 2007; Kunikata et al., 2005; Meijer et al., 2009) como objetiva (Heider et al., 2007). Sin embargo, algunos autores han encontrado una mayor calidad de vida subjetiva en las personas casadas (Akinsulore et al., 2014; Woon et al., 2010).

4.2.1.4. SITUACIÓN LABORAL

El ser un trabajador en activo se ha relacionado con una mayor calidad de vida subjetiva en casi todos los dominios evaluados (Adelufosi et al., 2013; Heider et al., 2007). Sin embargo, otros estudios no encuentran relación entre la situación laboral y la calidad de vida autopercibida (Fervaha et al., 2013; Kunikata et al., 2005).

4.2.1.5. NIVEL EDUCATIVO

Cuando se estudia la influencia de esta variable en la calidad de vida los resultados tampoco son concluyentes. Algunos autores informan de mejor calidad de vida subjetiva en aquellas personas que poseen un mayor nivel educativo (Akinsulore et al., 2014; Brissos et al., 2011a). Sin embargo, también aparecen otros trabajos que no encuentran relación entre la calidad de vida subjetiva y el nivel educativo (Dickerson et al., 1998; Heider et al., 2007; Kunikata et al., 2005).

Similar situación, aunque inversa, se encuentra con la calidad de vida objetiva. En algunos estudios se informa de una peor calidad de vida en individuos con mayor nivel

educativo (Montemagni et al., 2014), mientras que otros no encuentran relación (Heider et al., 2007).

4.2.1.6. CONVIVENCIA

Por último, otra de las variables que ha sido analizada es el tipo de convivencia. En la bibliografía revisada se menciona que las personas que conviven con su familia se describen como más satisfechas con su calidad de vida en cuanto a las relaciones familiares (Heider et al., 2007) pero no a nivel general (Kunikata et al., 2005).

4.2.2. CALIDAD DE VIDA Y PSICOPATOLOGÍA

4.2.2.1. SINTOMATOLOGÍA

A pesar de que han sido identificados numerosos factores relacionados con la calidad de vida en la esquizofrenia, la mayor parte de los investigadores se han centrado en el estudio de la psicopatología o los síntomas psicopatológicos y en su papel como posibles predictores de la calidad de vida (Eack y Newhill, 2007).

Como se puede observar en la Tabla 3, de todos los estudios objeto del presente análisis sólo uno no incluye el análisis independiente de la influencia de la psicopatología en la calidad de vida (Ritsner, 2007). Así, se puede observar cómo, aunque las investigaciones existentes persigan el estudio de varios factores en la calidad de vida, la psicopatología es frecuentemente una de las variables incluidas, repitiéndose de forma consistente en la mayor parte de los estudios, siendo de esta manera el factor más estudiado. A pesar de ello, en la actualidad todavía existen puntos de desacuerdo y aspectos sin dilucidar.

La esquizofrenia se caracteriza por la aparición de una serie de signos y síntomas que tradicionalmente se han agrupado dentro de dos categorías: síntomas positivos y síntomas negativos (American Psychiatric Association, 2002; Organización Mundial de la Salud, 1992). Esta es la distinción sintomatológica que comúnmente se ha seguido para el estudio de la relación entre la sintomatología psicótica y la calidad de vida en la esquizofrenia. La mayor parte de los estudios revisados realizan la evaluación de síntomas utilizando la “Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la

Esquizofrenia” (*Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS*; Kay et al., 1987) o la “Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica” (*Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS*; Overall y Gorham, 1962), las cuales ofrecen, entre otras cuestiones, una visión categorial de los síntomas positivos y negativos.

Los estudios publicados en torno a la relación entre la calidad de vida y los síntomas psicóticos se han centrado ampliamente en la parte subjetiva de la calidad de vida, sin embargo, la calidad de vida objetiva ha suscitado un menor interés investigador.

Dentro de la calidad de vida subjetiva, aunque algunos de los estudios analizados no encuentran una influencia significativa de los síntomas psicóticos en la calidad de vida subjetiva, tanto en lo que respecta a los síntomas positivos (Aksaray et al., 2002; Brissos et al., 2011a), negativos (Chino et al., 2009; Heider et al., 2007) o ambos (Alptekin et al., 2005; Dickerson et al., 1998; Hansson et al., 1999; Kunikata et al., 2005; Sota y Heinrichs, 2004). La mayor parte de las investigaciones informan de una relación negativa entre los síntomas psicóticos (positivos y/o negativos) y la calidad de vida subjetiva, sobre todo respecto a los síntomas negativos (Lambert y Naber, 2004). Por ello, resulta frecuente encontrar en la literatura referencias a la influencia perjudicial que la sintomatología ejerce sobre la calidad de vida en los pacientes con esquizofrenia.

Algunas investigaciones encuentran una influencia significativa de los síntomas positivos sobre la calidad de vida subjetiva de manera que, aquellos pacientes que presentaban una mayor psicopatología productiva informaban de una menor satisfacción con su vida, bien a nivel general o en alguno de los dominios evaluados (Akinsulore et al., 2014; Chino et al., 2009; Galuppi et al., 2010; Heider et al., 2007; Yamauchi et al., 2008).

En esta línea encontramos el estudio realizado por Galuppi et al. (2010), cuyo objetivo fue examinar la relación entre la calidad de vida subjetiva, la sintomatología y el nivel de funcionamiento social. Evalúan a 104 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Utilizan los siguientes instrumentos de evaluación: el WHOQOL-BREF para la evaluación de la calidad de vida subjetiva, la “Escala de Funcionamiento Personal y Social” (*VADO Personal and Social Functioning Scale, FPS*; Morosini, Magliano y Brambilla, 1998) para evaluar el funcionamiento social y la BPRS para la

evaluación psicopatológica. Los autores encuentran que los factores evaluados, psicopatología y funcionamiento social, estaban significativamente relacionados con la calidad de vida subjetiva. Respecto a la psicopatología, los pacientes con una mayor psicopatología general presentaban una peor calidad de vida en todos los dominios evaluados y, concretamente, la sintomatología productiva correlacionó negativamente con los dominios psicológico, relaciones sociales y entorno del WHOQOL-BREF.

Similar situación a la referida para los síntomas positivos se encuentra en referencia a la sintomatología negativa. Así, los resultados de un importante número de estudios reflejan que los pacientes con mayor intensidad de síntomas negativos refieren una menor calidad de vida subjetiva (Akinsulore et al., 2014; Aksaray et al., 2002; Brissos et al., 2011a; Galuppi et al., 2010; Heslegrave et al., 1997; Hofer et al., 2005b; Woon et al., 2010; Yamauchi et al., 2008).

Brissos et al. (2011a) realizan un estudio en el que evalúan, entre otros aspectos, el impacto de la psicopatología sobre la calidad de vida subjetiva en pacientes con esquizofrenia. En una muestra de 76 pacientes utilizan el WHOLQOL-BREF para medir la calidad de vida subjetiva, la “Escala de Funcionamiento Personal y Social” (*Personal and Social Performance, PSP*; Morosini, Magliano, Brambilla, Ugolini y Pioli, 2000) para evaluar el funcionamiento social y la PANSS para la medición psicopatológica. Los autores encuentran que los pacientes con una mayor sintomatología negativa informaban de una menor calidad de vida en todos los dominios evaluados mediante el WHOQOL-BREF.

La calidad de vida objetiva ha sido menos estudiada en su relación con la sintomatología psicótica. Los estudios al respecto muestran resultados poco concluyentes. Algunos trabajos encuentran que la sintomatología positiva influye de forma significativa en todos los dominios de la calidad de vida objetiva (Ueoka et al., 2011) mientras que otros no encuentran ninguna influencia (Yamauchi et al., 2008).

Así, Ueoka et al. (2011) con el objetivo de conocer los determinantes de la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia evalúan a 61 personas y utilizan, entre otros instrumentos, la QLS para la calidad de vida, la PANSS para la psicopatología y la CDSS para la depresión. Los resultados reflejan que la sintomatología estaba inversamente relacionada con la calidad de vida, tanto la positiva (en todos los

dominios) como la negativa (QLS total, *relaciones interpersonales y rol instrumental*), y la depresión (todos los dominios excepto *uso de objetos comunes y actividades cotidianas*).

Poca disparidad se encuentra respecto a las conclusiones en cuanto a la sintomatología negativa, donde la literatura al respecto señala una influencia negativa de los síntomas negativos sobre la calidad de vida objetiva (Aki et al., 2008; Montemagni et al., 2014; Ueoka et al., 2011; Yamauchi et al., 2008). Sin embargo, otros autores han alertado de que la relación entre la sintomatología negativa y la calidad de vida objetiva debe ser tomada con precaución cuando se ha utilizado como medida la QLS, ya que ésta fue creada para evaluación del déficit en la esquizofrenia (Whitty et al., 2004).

En resumen, los resultados recogidos en la bibliografía si bien parecen apoyar la hipótesis de una influencia negativa de la sintomatología, tanto positiva como negativa, en la calidad de vida, esta influencia no aparece en todos los estudios realizados ni en la misma proporción. Así, mientras que para algunos autores la psicopatología es un factor que ejerce una influencia central en la calidad de vida, para otros su influencia es mucho más débil e, incluso, mínima.

Dada esta complejidad de resultados, Eack y Newhill (2007) realizan un metaanálisis para evaluar la influencia de la sintomatología en la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Parten de una conceptualización de la calidad de vida multidimensional que engloba la satisfacción general, los aspectos objetivos, los aspectos subjetivos y el estado funcional y de salud. Para el análisis llevan a cabo una evaluación sistemática de los trabajos existentes desde 1996 hasta diciembre de 2005, encontrando un total de 502 investigaciones, de las cuales seleccionan aquellas que cumplen los siguientes criterios: utilizan medidas validadas de calidad de vida y psicopatología, diferencian entre sintomatología positiva, negativa y general, aportan datos estadísticos de las relaciones de las medidas, y utilizan como muestra pacientes con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno esquizofreniforme. Finalmente se tuvieron en cuenta 56 estudios para el metaanálisis. Las conclusiones apuntan que la sintomatología positiva tiene una relación más fuerte con la calidad de vida relacionada con la salud pero débil con la calidad de vida subjetiva. La sintomatología negativa, por su parte, presenta una relación moderada con la calidad de vida relacionada con la salud, intensa con la calidad de vida objetiva pero débil con la subjetiva. Sin embargo,

encuentran que esta influencia no es igual en todos los grupos de pacientes y que existen otros factores moderadores. Los autores finalmente sugieren que la sintomatología psicótica, tanto positiva como negativa, tiene una influencia débil en la calidad de vida, tanto objetiva como subjetiva. En cambio, señalan como fuerte predictor de una baja calidad de vida: la psicopatología general.

En este sentido, muchas investigaciones han señalado a la sintomatología referente a la psicopatología general (en su gran mayoría depresión y ansiedad) como posibles factores predictores de la calidad de vida. La gran mayoría de los estudios realizados hasta la fecha señalan a la sintomatología depresiva y ansiosa como factores fuertemente relacionados con la calidad de vida. Así, la existencia de síntomas depresivos se ha visto ampliamente asociada a una peor calidad de vida subjetiva (Aki et al., 2008; Akinsulore et al., 2014; Chino et al., 2009; Dickerson et al., 1998; Fervaha, et al. 2013; Hansson et al., 1999; Heider et al., 2007; Hofer et al., 2005; Kunikata et al., 2005; Meijer et al., 2009; Ritsner et al., 2000), señalándose como el factor evaluado más influyente en algunos de ellos (Aki et al., 2008; Akinsulore et al., 2014; Dickerson et al., 1998; Fervaha et al., 2013; Hansson et al., 1999; Heider et al., 2007; Hofer et al., 2005; Kunikata et al., 2005). En menor medida la calidad de vida objetiva también se ha relacionado con la existencia de síntomas depresivos (Ueoka et al., 2011).

No obstante, a pesar de que la sintomatología depresiva es ampliamente aceptada en la literatura actual como un determinante claro de la calidad de vida en la esquizofrenia, otros autores encuentran resultados contrarios a este supuesto. Así, Dan et al. (2011) realizan un estudio en el que evalúan el impacto de la depresión en la calidad de vida en una muestra de 60 pacientes con esquizofrenia. Para ello dividen a los sujetos en 2 grupos en función de la presentación (o no) de sintomatología depresiva determinada mediante la CDSS. Los grupos no diferían en características sociodemográficas, apoyo social o efectos secundarios. Los resultados no establecen diferencias significativas en la calidad de vida entre los dos grupos, por lo que concluyen que la sintomatología depresiva medida a través de la CDSS no ejerce una influencia representativa en la calidad de vida, tanto en su forma objetiva como subjetiva. Por otro lado, sí encuentran influencia significativa de la psicopatología general, medida mediante la PANSS, en la calidad de vida, y la consideran como un potente predictor de la calidad de vida autopercebida.

En lo que se refiere a la sintomatología ansiosa, el análisis de su efecto en exclusiva resulta complicado ya que en algunas ocasiones aparece asociado a la depresión, dentro de una misma variable a estudio (Galuppi et al., 2010; Hofer et al., 2005a; Meijer et al., 2009). Aún así, mayores índices de ansiedad también se han asociado a una peor calidad de vida subjetiva (Fervaha et al., 2013; Hansson et al., 1999).

Por otro lado, y desde un planteamiento integrador de la complejidad observada en torno a esta temática, se ha señalado que existe una influencia diferente del tipo de sintomatología en la calidad de vida objetiva en función del tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad. Rocca et al. (2009) evalúan la relación entre la sintomatología y la calidad de vida durante el curso/evolución de la esquizofrenia en 168 pacientes, divididos en 3 grupos. El primer grupo estuvo formado por 24 personas cuya duración del trastorno no excedía de 36 meses. En el segundo grupo, de 20 personas, la duración del trastorno se situaba entre 37 y 72 meses. En el tercer y último grupo, formado por 124 personas, la duración del trastorno era superior a 72 meses. Se utilizaron como instrumentos de medida, la QLS para la evaluación de la calidad de vida, la PANSS y la CDSS para evaluar la psicopatología, y la “Escala de Impresión Clínica Global- Esquizofrenia” (*Clinical Global Impression-Schizophrenia Scale, CGI-S*; Haro et al., 2003) en la evaluación de la severidad de la enfermedad. Los autores encuentran que los factores psicopatológicos de mayor impacto en la calidad de vida varían en función de la duración de la enfermedad. Así, los síntomas psicopatológicos que mayor impacto tendrían en la calidad de vida en pacientes con una duración de la enfermedad inferior a 36 meses serían los depresivos. En cambio, cuando la duración de la enfermedad se sitúa entre los 37 y 72 meses, el mayor predictor sería la sintomatología negativa. Y cuando la evolución es superior a 72 meses, la sintomatología negativa y la severidad de la enfermedad.

4.2.2.2 . DIAGNÓSTICO

Otro de los factores estudiados en cuanto a su relación con la calidad de vida en la esquizofrenia es el tipo de diagnóstico. En comparación con el diagnóstico de esquizofrenia, algunos autores han encontrado el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo asociado a una peor calidad de vida subjetiva, y el trastorno bipolar

tipo I asociado a una calidad de vida subjetiva similar a la esquizofrenia (Brissos, Dias, Carita y Martínez-Arán, 2008; Saarni et al., 2010).

Por su parte, el subtipo diagnóstico de esquizofrenia residual se ha asociado a una menor calidad de vida social comparado con el diagnóstico de esquizofrenia paranoide (Bengtsson-Tops y Hansson, 1999).

4.2.2.3. TIEMPO DE EVOLUCIÓN DEL TRASTORNO

Por último, y en lo que relativo a la relación entre el tiempo de evolución del trastorno y la calidad de vida, los estudios revisados muestran resultados contradictorios.

Mientras que algunos autores han encontrado que los pacientes con un mayor tiempo de evolución desde el inicio del trastorno estaban más satisfechos con algunos aspectos de la calidad de vida como, por ejemplo, las relaciones sociales (Hofer et al., 2005a), otros, en cambio, obtienen resultados opuestos (Meijer et al., 2009). También la bibliografía recoge trabajos en los que no se encuentra relación entre la calidad de vida y el tiempo de evolución del trastorno (Brissos et al., 2011a).

Respecto a la calidad de vida medida a través de observadores externos, los resultados van en la misma dirección. Algún trabajo encuentra datos que apoyan la asociación entre este constructo y el tiempo de evolución (Ojeda et al., 2012), mientras que otros no encuentran relaciones significativas (Ueoka et al., 2011).

4.2.3. CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO SOCIAL

Es importante señalar que aunque el término “funcionamiento social” es ampliamente utilizado en la literatura científica, no existe un consenso establecido sobre la definición del mismo (Burns y Patrick, 2007). Así, puede encontrarse indistintamente referido como rendimiento social, ajuste social, adaptación social, competencia social, o términos similares. En general, se entiende el funcionamiento social como la capacidad de una persona de adaptarse o asumir distintos roles sociales como trabajador, estudiante, cónyuge, amigo o familiar (Brissos et al., 2011b).

En las personas con diagnóstico de esquizofrenia el funcionamiento social es uno de los aspectos centrales ya que determina el funcionamiento diario y comunitario. Es por este motivo que gran parte de los tratamientos rehabilitadores tienen como objetivo terapéutico la mejora del mismo. Las personas con esquizofrenia presentan un nivel de funcionamiento social significativamente inferior al que tenían antes de iniciar el trastorno, en una o más áreas de actividad (trabajo, relaciones interpersonales o autocuidado) (American Psychiatric Association, 2002), presentando en muchas ocasiones un funcionamiento social deficitario. Asimismo, las personas con esquizofrenia se encuentran frecuentemente menos integradas socialmente, contando con una limitada red social y menores contactos sociales, muchas veces casi restringidos al ámbito familiar, lo que potencia mayor riesgo de aislamiento (Beels, 1981; Bengtsson-Tops y Hansson, 2001).

El déficit social señalado es una fuente de importante malestar en estas personas que además se relaciona con un mayor número de recaídas y una peor evolución (Norman et al., 2005). Dada esta situación, no resulta extraño que algunos investigadores hayan estudiado el impacto o la relación que el funcionamiento social tiene sobre la calidad de vida, apuntando hacia una mayor calidad de vida en aquellas personas que muestran un mejor funcionamiento social. Sin embargo, y a pesar de la consideración unánime del deterioro social como una de las características comúnmente asociadas a la esquizofrenia, no son muchos los estudios encontrados que se centren en esta temática.

De los estudios analizados, 12 incluyen dentro de sus variables de estudio el funcionamiento social, aunque no todos utilizan una forma de medida intensiva que permita una evaluación exhaustiva del mismo. De forma similar a lo ocurrido con la evaluación de la calidad de vida, existe una importante variedad en la forma de medida del funcionamiento social, de manera que algunos autores optan por escalas sencillas compuestas de un ítem mientras que otros realizan una evaluación más intensa mediante instrumentos que incluyen distintas áreas a valorar. Los estudios existentes en la literatura actual en torno al funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia utilizan en su mayoría la “Escala de Funcionamiento Global” (*The Global Assessment of Functioning Scale, GAF*; American Psychiatric Association, 1987), la “Escala de Evaluación Global” (*Global Assessment Scale, GAS*; Endicott, Spitzer, Fleiss y Cohen, 1976) o la “Escala de Funcionamiento Social” (*Social Functioning Scale, SFS*;

Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton y Copestake, 1990) para evaluar el funcionamiento social (Burns y Patrick, 2007).

Con respecto a la relación entre calidad de vida y nivel de funcionamiento, medido a través de la escala GAF, los datos apuntan que a mayor puntuación en la GAF, mayor calidad de vida subjetiva (Akinsulore et al., 2014; Chino et al., 2009; Meijer et al., 2009; Woon et al., 2010). Sin embargo, el uso de la escala GAF en el estudio de la calidad de vida es controvertido. Algunos autores han referido que la escala se encuentra mediatizada por factores clínicos, a saber, síntomas positivos, negativos y ansiedad/depresión (Gaite et al., 2005), y que su influencia en la calidad de vida se detecta cuando ésta es evaluada de forma aislada pero que desaparece cuando la sintomatología se incluye en el modelo de regresión (Gaite et al., 2002). Otros autores sí encuentran influencia de las puntuaciones GAF en la calidad de vida aún cuando se controla el efecto de las variables clínicas (Woon et al., 2010).

Si se tiene en cuenta el uso de escalas más complejas para la evaluación del funcionamiento social, tales como la SFS o el “Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana” (*The Life Skills Profile, LSP*; Rosen, Hadzi-Pavlovic y Parker, 1989), aunque en algunas publicaciones no se encuentra ninguna relación entre el funcionamiento social y la calidad de vida en su medida subjetiva (Brissos et al., 2011a; Dickerson et al., 1998), otros estudios sí detectan una relación positiva tanto en relación con la calidad de vida subjetiva (Aki et al., 2008; Becker et al., 2005; Bengtsson-Tops y Hansson, 1999; Chino et al., 2009; Galuppi et al., 2010; Woon et al., 2010) como en la objetiva (Aki et al., 2008).

Aki et al. (2008) plantean un estudio para investigar la relación entre la calidad de vida subjetiva y objetiva y el nivel de funcionamiento (este último informado por familiares) en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Para ello evalúan a 64 pacientes a través de distintos instrumentos de medida: la “Escala de Calidad de Vida para la Esquizofrenia” (*Schizophrenia Quality of Life Scale, SQLS*; Wilkinson et al., 2000) para la evaluación de la calidad de vida subjetiva; la QLS para la evaluación de la calidad de vida objetiva; la BPRS y la CDSS para la evaluación psicopatológica; y el LSP para la evaluación del funcionamiento. Respecto a la influencia del nivel de funcionamiento sobre la calidad de vida, el nivel global de funcionamiento se relacionó significativamente con todos los dominios de calidad de vida, tanto objetivos como

subjetivos. Asimismo, se encontraron relaciones entre casi todos los dominios subjetivos y objetivos de calidad de vida y las subescalas de *autocuidado* y *socialización* de la LSP.

En esta misma línea, Chino et al. (2009) investigaron el impacto que algunos factores como el funcionamiento social, la psicopatología y el rendimiento cognitivo tenían sobre la calidad de vida subjetiva en pacientes con esquizofrenia. Fueron evaluados 36 pacientes mediante las siguientes escalas: el WHOQOL-BREF para la calidad de vida subjetiva, la PANSS para la psicopatología, la GAF y la SFS para el funcionamiento social y una batería neuropsicológica para el rendimiento cognitivo. Se obtiene una correlación significativa entre la calidad de vida general y el nivel de funcionamiento social en todas las áreas evaluadas mediante la SFS (excepto la subescala de *independencia*) así como por la GAF, de manera que aquellos pacientes con un mayor nivel de funcionamiento también informaban de una mayor calidad de vida.

Similar situación se encuentra en el estudio del impacto del apoyo social percibido sobre la calidad de vida, donde los distintos estudios encuentran una mayor satisfacción con la vida en aquellos pacientes que perciben un mayor apoyo social (Adelufosi et al., 2013; Bengtsson-Tops y Hansson, 2001; Gutiérrez, Caqueo, Ferrer y Fernández, 2012).

4.2.4. CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO COGNITIVO

El rendimiento cognitivo es otro de los aspectos centrales en la esquizofrenia y objeto de amplia investigación en la actualidad. Los déficits cognitivos presentes en las personas con esquizofrenia, aunque menos llamativos que los síntomas productivos, producen más quebranto en la vida del paciente (Vallejo, 2006).

Los déficits cognitivos que más se han relacionado con la esquizofrenia tienen que ver con la velocidad de procesamiento, la atención, la memoria de trabajo, la memoria y aprendizaje verbal y visual, y las funciones ejecutivas (Bowie y Harvey, 2005; Heinrichs y Zakzanis, 1998).

Asimismo, el funcionamiento cognitivo se ha relacionado con la evolución funcional de las personas con esquizofrenia (Bowie y Harvey, 2005; Green, Kern, Braff

y Mintz, 2000), con la sintomatología negativa (Harvey, Koren, Reichenberg y Bowie, 2006) y con la calidad de vida.

El estudio del papel que ejercen los factores cognitivos sobre la calidad de vida se ha evaluado a través de dos procedimientos. Por un lado, mediante la realización de exploraciones neuropsicológicas en las que se evalúan la mayor parte de las funciones cognitivas o, al menos, aquellas que se han demostrado más deterioradas en personas con esquizofrenia; por otro, utilizando medidas más sencillas, generalmente basadas en el componente cognitivo de la PANSS.

Nuestra revisión se ha centrado en aquellos trabajos que utilizan formas de evaluación neuropsicológica que permiten la exploración específica por dominios o funciones cognitivas, ya que posibilita un estudio más exhaustivo y específico de aquellos dominios cognitivos que pueden influir en una mayor o menor calidad de vida.

Con respecto a la influencia del rendimiento cognitivo sobre la calidad de vida, los estudios analizados también muestran resultados divergentes. En general, los trabajos realizados no encuentran una relación significativa entre las funciones cognitivas y la calidad de vida subjetiva (Tolman y Kurtz, 2012). Así, funciones cognitivas tales como la memoria visual (Aksaray et al., 2002; Brissos et al., 2008; Hofer et al., 2005b), el tiempo de reacción (Heslegrave et al., 1997), la atención (Brissos et al., 2008; Chino et al., 2009; Hofer et al., 2005b), la memoria de trabajo (Hofer et al., 2005b), las habilidades motoras (Brissos et al., 2008) o las funciones ejecutivas (Aksaray et al., 2002; Brissos et al., 2008; Chino et al., 2009; Hofer et al., 2005b), no parecen estar relacionadas con la calidad de vida subjetiva.

En esta línea se encuentran estudios como el llevado a cabo por Hofer et al. (2005b), en el cual se investiga la asociación entre el funcionamiento cognitivo y la calidad de vida, las necesidades y el funcionamiento general en 60 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. La evaluación se llevó a cabo mediante los siguientes instrumentos: la psicopatología a través de la PANSS, la calidad de vida con el WHOQOL-BREF, la CAN para la necesidad de cuidado, el funcionamiento psicosocial mediante parámetros como la situación laboral y de convivencia y, por último, el funcionamiento cognitivo para el cual diseñaron una batería de evaluación cognitiva. En la batería neuropsicológica utilizaron el “Test de Elección de Tareas Múltiples”

(*Mehrfachwahl–Wortschatz-Test-B, MWT-B*; Lehrl, 1977) para la evaluación de la inteligencia premórbida; el “Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin” (*Wisconsin Card Sort Test, WCST*; Heaton, Chelune, Talley, Kay y Curtiss, 1993) y una prueba de fluidez verbal consistente en que los pacientes generaran el mayor número de palabras posibles dentro de la categoría “*animales*”, y el mayor número de palabras posibles que comenzaran con la letra “s” en un minuto, para evaluar las funciones ejecutivas; el “Test de Aprendizaje Verbal de California” (*California Verbal Learning Test, CVLT*; Delis, Kramer, Kaplan y Ober, 1987) para medir el aprendizaje y la memoria verbal; el “Test de Rendimiento Atencional” (*Test for Attention Performance, TAP*; Zimmermann y Fimm, 2004) para la atención, la alerta visual (subtest 11 del TAP), la memoria de trabajo (subtest 2 del TAP); y, por último, el “Test de Retención Visual de Benton” (*Benton Visual Retention Test, BVRT*; Benton, 1991) para la memoria visual.

Los autores no encuentran una relación significativa entre las variables cognitivas estudiadas y la calidad de vida subjetiva. Sí encuentran una asociación significativa entre las variables cognitivas y factores objetivos de funcionamiento como el funcionamiento laboral y la situación de convivencia. Las funciones cognitivas resultaron un buen predictor para trabajar y vivir solo.

Sin embargo, otros autores sí encuentran una influencia significativa sobre la calidad de vida subjetiva, en el caso del rendimiento en tareas que implicaban funciones de memoria (Ritsner, 2007c; Woon et al., 2010), atención (Alptekin et al., 2005; Ritsner, 2007c), habilidades motoras (Ritsner, 2007c; Sota y Heinrichs, 2004) o funciones ejecutivas (Ritsner, 2007c; Sota y Heinrichs, 2004).

La situación es similar cuando se estudia la relación entre rendimiento cognitivo y calidad de vida objetiva. Así, o bien apenas aparece influencia del rendimiento cognitivo relacionado con memoria de trabajo, velocidad motora, funciones ejecutivas (Ueoka et al., 2011) o se encuentra una relación muy débil entre el rendimiento cognitivo y la calidad de vida (Heslegrave et al., 1997). En cambio, otros estudios sí encuentran una relación significativa de la calidad de vida objetiva y aspectos tales como la atención sostenida, las habilidades motoras, las funciones ejecutivas (Ritsner, 2007c) o la memoria verbal y la velocidad de procesamiento (Ueoka et al., 2011). Esta última función, la velocidad de procesamiento, se ha señalado como un potente factor

predictor de la calidad de vida, por encima del resto de factores cognitivos (Ojeda et al., 2012).

Ritsner (2007c) realiza un estudio en el que encuentra que la calidad de vida subjetiva y objetiva se halla significativamente influida por el rendimiento cognitivo. Esta investigación perseguía dos objetivos: conocer las variables de funcionamiento cognitivo predictoras de la calidad de vida y ver si estas variables son independientes de la severidad de los síntomas, la angustia emocional, los efectos secundarios del tratamiento farmacológico, la edad, la educación y la duración de la enfermedad. Se evalúa a 62 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia mediante 12 test neuropsicológicos pertenecientes a la “Batería de Evaluación Neuropsicológica de Cambridge” (*Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery, CANTAB*; Sahakian y Owen, 1992); los cinco dominios evaluados son: *habilidades motoras, atención y memoria, aprendizaje, atención sostenida y funciones ejecutivas*. Asimismo, se utiliza el cuestionario Q-LES-Q y la QLS para la evaluación de la calidad de vida. La evaluación de la severidad de los síntomas, la angustia emocional y los efectos secundarios se realizó mediante la escala PANSS, el “Inventario Breve de Problemas de Talbieh” (*Talbieh Brief Distress Inventory, TBDI*; Ritsner, Rabinowitz y Slyuzberg, 1995) y la “Escala para la Valoración de Síntomas Extrapiramidales” (*Extrapiramidal Symptoms Rating Scale, ESRS*; Chouinard y Margolese, 2005).

Los autores encuentran una relación significativa entre el funcionamiento cognitivo y la calidad de vida. El déficit en funciones ejecutivas resultó ser un predictor de la calidad de vida general (tanto en el QLS como en el Q-LES-Q) así como de 5 dominios de la calidad de vida: *estado de ánimo y relaciones sociales* (del Q-LES-Q) y *relaciones interpersonales, rol instrumental y funciones intrapsíquicas* (del QLS). El déficit en atención sostenida se encontró asociada a una baja calidad de vida relacionada con los dominios *salud física* (Q-LES-Q) y *rol instrumental* (QLS). El rendimiento en memoria se relacionó con los subtest *estado de salud física y estado de ánimo* (Q-LES-Q). Por último, las habilidades motoras demostraron ser un predictor válido de la variabilidad en los subtest *actividades generales* (Q-LES-Q) y *rol instrumental* (QLS). Estas variables resultaron estar significativamente asociadas antes y después de ser controladas las variables severidad de los síntomas, angustia emocional, efectos secundarios del tratamiento farmacológico, edad, educación y duración de la enfermedad.

Con el objetivo de evaluar la magnitud de la relación entre el rendimiento cognitivo y la calidad de vida, Tolman y Kurtz (2012) realizan un interesante metaanálisis, que abarca las investigaciones realizadas entre 1980 y 2009, con los siguientes criterios de inclusión: una muestra de, al menos, un tercio de personas con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo; evaluación mediante pruebas neuropsicológicas estandarizadas; uso de medidas objetivas y subjetivas de la calidad de vida a través de instrumentos validados; y aporte de resultados estadísticos que permitan observar el tamaño del efecto. Del total de 518 estudios potenciales encontrados en una primera fase, solo 20 cumplieron los criterios de inclusión. Los resultados relativos a la calidad de vida objetiva muestran una débil relación entre ésta y funciones cognitivas como la inteligencia cristalizada, la memoria de trabajo, el aprendizaje y memoria verbal y la velocidad de procesamiento; una relación débil-moderada con las funciones ejecutivas, y una nula relación con la atención. Menor es la asociación de la calidad de vida subjetiva, ya que no se encuentra significativamente relacionada con la atención, la memoria de trabajo, la memoria verbal o las funciones ejecutivas, aunque sí se aprecia una ligera y débil relación con la inteligencia verbal, la velocidad de procesamiento y la fluencia verbal. Además, se encuentra un patrón diferencial de relación entre las medidas neuropsicológicas y la calidad de vida objetiva y subjetiva. Así, mientras que la relación con la calidad de vida objetiva se encontró que era mayoritariamente positiva, en el caso de la calidad de vida subjetiva se mostró negativa o nula.

4.2.5. CALIDAD DE VIDA Y OTROS FACTORES

La calidad de vida también ha sido estudiada en su relación con otros factores, además de la psicopatología, el funcionamiento social y el rendimiento cognitivo. El gran interés que ha suscitado el conocimiento de aquellos componentes de la vida y la salud que puedan influir en una mayor o menor calidad de vida en los pacientes ha impulsado la realización de múltiples publicaciones en torno a este tema. La variabilidad en torno a los factores a estudiar es grande, encontrando en la literatura publicaciones muy diversas.

Así, se han estudiado factores como el insight o la falta de reconocimiento del trastorno donde algunos autores encuentran una menor calidad de vida en aquellos pacientes con una mayor conciencia de enfermedad (Margariti, Ploumpidis, Economou,

Christodoulou y Papadimitriou, 2015; Narvaez et al., 2008) mientras que otros hallan resultados opuestos (Karow y Pajonk, 2006; Lambert y Naber, 2004).

Otro aspecto que también aparece ampliamente en la literatura actual es la relación entre la calidad de vida y el uso de psicofármacos, especialmente en los antipsicóticos. Aunque estos fármacos han probado su eficacia sobre la sintomatología psicótica, no están exentos de notables efectos adversos. La llegada de los nuevos antipsicóticos, con una mayor incidencia sobre los síntomas negativos y una mejora en el perfil de tolerancia, ha incrementado el interés sobre la posible mejora en la calidad de vida de los pacientes tratados con estos psicofármacos. A este respecto, en la literatura actual existe una tendencia a considerar que los antipsicóticos atípicos producen una mejora en la calidad de vida (Awad y Voruganti, 2004) y los efectos secundarios ejercen una influencia negativa sobre la calidad de vida tanto subjetiva (Aksaray et al., 2002; Hofer et al., 2005a) como objetiva (Ueoka et al., 2011; Yamauchi et al., 2008).

La autoestima es otro de los factores estudiados en su posible relación con la calidad de vida. Algunos trabajos concluyen que los pacientes con esquizofrenia presentan una mayor calidad de vida ligada a una mejor autoestima, siendo un factor más importante que la propia sintomatología psicótica (Kunikata et al., 2005; Meijer et al., 2009).

Otros factores estrechamente relacionados con la autoestima, como el estigma, también han sido objeto de análisis. Aquellos pacientes que perciben con mayor intensidad actitudes estigmatizantes, presentan una calidad de vida más baja (Mosanya, Adelufosi, Adebowale, Ogunwale y Adebayo, 2013; Ow y Lee, 2012).

Otros hallazgos apuntan que la calidad de vida puede estar relacionada con determinados patrones de personalidad, extraídos del modelo de personalidad de Cloninger (Cloninger, Svrakic y Przybeck, 1993), como “*Evitación del dolor*” y “*Dependencia de la recompensa*” (Kurs et al., 2005; Ritsner et al., 2003b), o con las creencias personales, religiosas o espirituales (Shah et al., 2011).

Los estilos de afrontamiento también se han asociado a la calidad de vida, encontrando que las personas con estrategias de afrontamiento orientadas a la tarea o a la evitación muestran una mayor calidad de vida, mientras que las personas con

estrategias basadas en la emoción muestran una peor calidad de vida (Strous et al., 2005).

Incluso la realización de ejercicio físico se ha descrito como un factor que puede mejorar la calidad de vida (Vancampfort et al., 2012).

Estos y otros factores han sido y son estudiados en su relación con la calidad de vida de personas con diagnóstico de esquizofrenia. Este creciente interés investigador ha originado un amplio número de publicaciones sobre cuestiones muy diversas. Sin embargo, y a pesar de la amplia bibliografía existente en torno a la calidad de vida y los aspectos que pueden mediar en ella, no existe un acuerdo unánime acerca de qué factores están asociados y cuál es la intensidad de esa relación. En el apartado 4.3. realizaremos una síntesis de los principales resultados recogidos en esta revisión.

4.2.6. CALIDAD DE VIDA, ESQUIZOFRENIA Y MEDIO RURAL

4.2.6.1. EL MEDIO RURAL: DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS

La definición del medio rural no se encuentra consensuada en el momento actual, existiendo varias formas de definir los entornos rurales. Uno de los criterios más utilizados es el de la densidad poblacional.

En España, la Ley para el Desarrollo Sostenible del Medio Rural (Ley 45/2007 de 13 de diciembre) establece el medio rural como el espacio geográfico formado por municipios o localidades menores con una población inferior a 30.000 habitantes y una densidad inferior a 100 habitantes por km². Asimismo, establece como municipio rural de pequeño tamaño a aquella población cuyo número de habitantes no supera los 5.000. Aunque también desde otros organismos se consideran municipios rurales a aquellos con menos de 2.000 habitantes, semirurales a los municipios mayores de 2.000 habitantes pero iguales o inferiores a 10.000, y urbanos a los superiores a 10.000 habitantes (Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino, 2009a).

A pesar de que el criterio de densidad poblacional es ampliamente utilizado para definir las áreas rurales, debería tenerse en cuenta no solo la densidad poblacional sino también la funcionalidad del área y la proximidad a la ciudad. Independientemente del

criterio poblacional utilizado, lo que está claro es que las áreas rurales en España se caracterizan por una baja densidad de población, una alta actividad agrícola, una población envejecida y una tasa de masculinidad superior a las áreas urbanas (Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino, 2009a).

Además de estas características generales, en las áreas rurales se encuentran una serie de condicionantes que las determinan. El medio rural ha sido descrito en muchas ocasiones de una forma utópica, sinónimo de tranquilidad, armonía y felicidad. Pero la vida en las zonas rurales, si bien presenta importantes ventajas, no está exenta de notables inconvenientes. La tranquilidad, la sociabilidad, el apoyo mutuo y la familiaridad son algunos aspectos considerados como ventajas que asocian a la vida rural en contraposición con el medio urbano. Pero junto a esos aspectos se encuentran otras particularidades de tinte no tan positivo.

Para conocer la vida en el medio rural se deben tener en cuenta los condicionantes asociados a éste. Uno de los primeros a tener en cuenta tiene que ver con los aspectos naturales, geográficos y climatológicos. La actividad agrícola supone un componente fundamental de la vida socioeconómica de las áreas rurales. No todos los suelos ni climas son aptos para la actividad agrícola y ganadera, por lo que las áreas rurales se asientan en lugares que permitan la explotación de la tierra.

Aunque la agricultura y la ganadería van perdiendo peso en los últimos años como ocupación laboral principal siguen manteniendo una influencia cultural importante en las zonas rurales manteniéndose incluso las casas de labranza como actividad secundaria o recreativa.

Los grandes centros de trabajo son inusuales y las explotaciones ganaderas se caracterizan generalmente por ser explotaciones familiares de pequeño tamaño a cargo de los miembros de la familia. Muchas de estas explotaciones cuentan con un bajo nivel tecnológico y el trabajo se basa en gran medida en el esfuerzo físico de las personas. Son, por tanto, empleos que reportan escasos beneficios económicos y requieren de un gran esfuerzo tanto físico como de implicación personal.

Esta forma de vida tradicionalmente basada en la actividad agroganadera deriva a uno de los aspectos más señalados en las zonas rurales, la dispersión de la población. Las viviendas se encuentran esparcidas por todo el territorio, priorizando la localización

cercana a las explotaciones ganaderas, motor económico, presente o pasado, de muchas de las familias. Esta dispersión geográfica, junto con las dificultades de movilidad, entorpece el acceso de los habitantes a los servicios y actividades.

La falta de infraestructuras y servicios públicos educativos, sanitarios y culturales ha sido señalada como otra de las características de las zonas rurales, empeorando las condiciones de vida de los residentes en ellas (Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino, 2009b). A pesar de la mejora de las infraestructuras en los últimos años, las áreas rurales siguen manteniendo un severo déficit en las mismas, lo que contribuye al aislamiento que tradicionalmente ha caracterizado a estas áreas.

A estos aspectos se suman una serie de condicionantes socio-culturales, como el arraigo de los roles de género y la desigualdad de roles hombre-mujer. De hecho, se ha señalado la invisibilidad de la mujer en el medio rural como un aspecto a priorizar como objetivo de cambio (Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino, 2009b).

En general, y a modo de síntesis, se pueden configurar las siguientes características de la población y el medio rural (Langreo y Benito, 2005; Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino, 2009a):

- Baja densidad de población.
- Mayor dispersión geográfica.
- Población envejecida.
- Gran importancia del sector agroalimentario.
- Importancia de las ayudas, subsidios y jubilaciones.
- Escasez de grandes centros de trabajo.
- Menores niveles de formación y educación.
- Pocas posibilidades de empleo para las personas con niveles de formación altos y medios.
- Menor uso de nuevas tecnologías.
- Dificultades de movilidad. Frecuente sistema deficiente de comunicación a núcleos cercanos.
- Dependencia económica y de servicios de núcleos urbanos.

Veamos, seguidamente, en qué medida estas características se pueden encontrar asociadas a la salud mental de sus habitantes.

4.2.6.2. SALUD MENTAL, ESQUIZOFRENIA Y MEDIO RURAL

En general, es comúnmente asumido que las áreas urbanas confieren un factor de riesgo para el malestar psicológico. El medio urbano se ha asociado a una mayor prevalencia de trastornos mentales, principalmente depresión y ansiedad (Bones, Perez, Rodriguez-Sanz, Borrell y Obiols, 2010; Kovess-Masféty, Alonso, de Graaf y Demyttenaere, 2005; Lederbogen et al., 2011; Peen, Schoevers, Beekman y Dekker, 2010; Peen et al., 2007).

Algunos de los factores que se han relacionado con esta mayor prevalencia son: el mayor estrés de la vida en la ciudad que genera el cuidado de la casa y de los hijos, el trabajo o la seguridad y los altos índices de hostilidad, el aislamiento social y comunitario de las ciudades, la desintegración sociocultural o la existencia de concentraciones más altas de pobreza en los centros urbanos (Kovess-Masféty et al., 2005).

Por contra, las áreas rurales se han asociado a una serie de ventajas con respecto a las áreas urbanas que funcionarían como factores de protección respecto a las alteraciones mentales: el mayor desarrollo de redes de apoyo sociales y familiares, el mantenimiento de la red de familia extensa, el sentimiento de comunidad que favorece la ayuda y apoyo mutuos o la mayor tolerancia hacia algunos trastornos mentales (Navarro, 2003).

La influencia de estas características diferenciales del medio rural y urbano también se han descrito en las personas con diagnóstico de esquizofrenia encontrando, por lo general, que el medio rural se configura como un factor de protección.

Algunos trabajos encuentran que el contexto social, en su interacción con factores de vulnerabilidad personal, constituye un factor de riesgo en el desarrollo de la esquizofrenia, hallando una mayor incidencia de la esquizofrenia en las zonas urbanas (Brown, 2011; Kelly et al., 2010; Zammit et al., 2010). Asimismo, el vivir en una población rural se ha relacionado con un mejor curso del trastorno (Verghese et al., 1990).

En esta misma línea, se ha descrito que las personas con esquizofrenia pertenecientes al entorno urbano, en comparación con los pacientes del medio rural, muestran un mayor grado de psicopatología, un funcionamiento peor (Davies, Bromet, Schulz, Dunn y Morgenstern, 1989) y un mayor número de necesidades insatisfechas (Sørgaard et al., 2003).

Respecto a la psicopatología, parece que existe una expresión sintomatológica diferencial en los pacientes con esquizofrenia del medio rural y urbano. Así, los pacientes urbanos referían un mayor malestar debido a sus síntomas, y fueron descritos por sus familiares como más suspicaces, nerviosos y extraños, menos estables emocionalmente y menos realizados socialmente, en comparación con sus pares rurales (Chu, Sallach y Klein, 1986). Por su parte, las personas rurales con esquizofrenia se mostraron más frecuentemente desorientados, confundidos y con alteraciones en la comunicación en comparación con los urbanos (Chu, Lee, Sallach, Ççetingök y Klein, 1986). De manera similar, otros autores refieren que los pacientes del medio rural presentan menos síntomas positivos y mayor grado de síntomas negativos que sus homólogos urbanos (Nilsson, Ivarsson y Lögberg, 2002).

El vivir en un entorno rural o urbano también se ha relacionado con los contactos sociales y familiares. Sin embargo, los resultados son poco concluyentes. Algunos estudios refieren que los pacientes con esquizofrenia pertenecientes al medio urbano muestran un menor contacto y soporte social y familiar (Schomerus et al., 2007) mientras que otros encuentran que los pacientes urbanos están más integrados socialmente y cuentan con un mayor número de contactos sociales (Sørgaard et al., 2001).

En esta misma línea, se ha observado que las personas con esquizofrenia muestran una mayor adaptación en países en vías de desarrollo que en zonas industrializadas. El trabajo sencillo de las poblaciones agrarias y el apoyo familiar extenso contribuirían a facilitar la adaptación en mayor medida que los impersonales, complejos y hostiles ambientes de los centros urbanos, permitiendo una vida más satisfactoria e independiente, excepto en las personas más graves, donde ambos ambientes resultarían igualmente discapacitantes (Freeman, 2000). Distintos estudios han mostrado que los pacientes pertenecientes a países en vías de desarrollo muestran un mejor pronóstico, mayores tasas de recuperación y una evolución más favorable que los que viven en

países desarrollados (Kulhara, 1994; Thara, Henrietta, Joseph, Rajkumar y Eaton, 1994).

Sin embargo, el cambio cada vez mayor de las zonas rurales resultante de la globalización, el flujo libre de información, la reestructuración económica o el éxodo laboral de la población juvenil a las zonas urbanas, está produciendo una urbanización de las zonas rurales que puede producir una pérdida de estas ventajas. Es por ello que ya se viene señalado la necesidad de reevaluar si vivir en un medio rural o urbano se mantiene como un factor de riesgo. Dado que no es el mero hecho de la localización en un medio u otro el que confiere el riesgo sino otros factores de índole más sociocultural, el cambio que está teniendo lugar en los últimos años en las áreas rurales ha llevado a algunos autores a considerar que esta cuestión merecería una nueva revisión que, además, tuviera en cuenta no sólo criterios cuantitativos de mayor o menor prevalencia sino también aspectos cualitativos que permitan dar cuenta de qué aspectos del entorno influyen en la salud mental (Judd et al., 2002).

Respecto a la asistencia sanitaria en salud mental, se han señalado algunas características propias de las zonas rurales que tienen que ver con los profesionales, los servicios de atención, el ámbito sociocultural y los pacientes (Navarro, 2003).

Resulta relativamente frecuente la escasez de personal cualificado en las zonas rurales, caracterizadas por un alto índice de movilidad profesional. Estas zonas suelen resultar un destino menos atractivo para los profesionales que las zonas urbanas, lo que favorece el cambio de los trabajadores, los cuales refieren un mayor aislamiento y una mayor dificultad para acceder a sistemas de formación continuada. Además, la escasez de profesionales y recursos de atención produce una sobrecarga asistencial así como una importante dificultad de especialización de los profesionales en aspectos concretos.

Por otro lado, determinadas características socioculturales de las áreas rurales condicionan la asistencia a los servicios de salud mental. Aspectos como el estigma hacia el trastorno mental, el miedo a perder la confidencialidad, la ausencia de medios de transporte adecuados, la dispersión geográfica, las distancias de desplazamiento o la mayor tolerancia hacia conductas problemáticas hacen que los pacientes acudan a los servicios de salud mental de forma más tardía y con síntomas más graves que requieren un tratamiento más intensivo. Estos aspectos son cuestiones que contribuyen a la

pérdida de personas con trastorno mental grave por parte de los servicios de salud mental.

Los pacientes con esquizofrenia pertenecientes a áreas rurales utilizan en mayor medida apoyos fuera de la red sanitaria de salud mental, como las visitas a sus médicos de Atención Primaria (Sørgaard et al., 2003).

4.2.6.3. SALUD MENTAL Y CULTURA

La salud mental y la psicopatología suponen una compleja interrelación entre las condiciones biológicas y psicológicas, la sociedad, el entorno y la cultura. Puede considerarse que la cultura hace referencia al conjunto compartido de creencias, sentimientos y conocimientos que guían la conducta y la definición que hacen de la realidad los individuos (Griffith, González y Blue, 2004).

El análisis de la relación entre el peso biológico y cultural en la manifestación de los desórdenes mentales ha puesto de manifiesto que aquellas enfermedades en las que priman criterios biológicos se verán escasamente influidas por cuestiones culturales y mostrarán una baja variabilidad intercultural. Por el contrario, aquellos trastornos con un mayor peso social o cultural mostrarán una mayor diferencia entre culturas. En el caso de los trastornos psicóticos, aunque se consideran con una base biológica importante, la influencia cultural resulta igualmente considerable (Marsella, 1988). Resulta bastante difícil comprender la salud mental sin tener en cuenta la cultura en la que se desenvuelven las personas. La propia consideración de normal o psicopatológico es un fenómeno ligado a la cultura. De esta forma, en un medio cultural se puede considerar una conducta o un fenómeno como psicopatológico y en otro no. A este respecto cabe señalar como ejemplo lo ocurrido con las crisis histéricas, consideradas como un claro síntoma de psicopatología en la mayor parte del mundo occidental mientras que son consideradas como un don divino en otras culturas.

La importancia de la consideración diferencial entre lo normal y lo anormal es una cuestión compleja, influida culturalmente, que implica cuestiones no sólo formales o académicas y de establecimiento de diagnósticos sino que también condiciona aspectos como la búsqueda de ayuda, el tratamiento o incluso el pronóstico (Griffith et al., 2004).

La importancia de la cultura ha sido recogida en los manuales internacionales. El DSM-IV incluyó una “*Guía para la formulación cultural*” con el objetivo de servir de marco para la evaluación de las características culturales en los problemas de salud mental así como de la relación del individuo con su contexto e historia social y cultural. En el DSM-IV-TR se incluye en un apéndice la “*Guía para la formulación cultural y glosario de síndromes dependientes de la cultura*” (apéndice J), en la que se refleja precisamente esta consideración diferencial de la psicopatología dependiendo del entorno cultural. Aunque desde el DSM-IV se plantea que los principales cuadros clínicos que conforman el manual se pueden encontrar en todo el mundo, se reconoce que el curso, algunos síntomas particulares y la respuesta social están fuertemente influidos por factores culturales. Asimismo, se describen una serie de síndromes dependientes de la cultura que se limitan a sociedades específicas (American Psychiatric Association, 2002).

La reciente publicación del DSM-V (American Psychiatric Association, 2014) mantiene esta misma consideración e incluye, además de una versión actualizada de la “*Guía para la formulación cultural*”, una aproximación a la evaluación mediante la “*Entrevista de formulación cultural*”. Al respecto se señala que “*todas las formas de sufrimiento están moduladas localmente, incluyendo los trastornos del DSM-V (...). En los distintos grupos se mantienen patrones culturales diferentes en cuanto a síntomas, formas de hablar del malestar y causas percibidas localmente, que a su vez se asocian con las estrategias de afrontamiento y los patrones de búsqueda de ayuda*” (DSM-V, p.758).

La CIE-10 (Finerman, 2008) también toma en consideración las diferencias culturales e incluye el Apéndice 2, “*Trastornos específicos de determinadas culturas*”, en el que describe formas específicas ligadas a una cultura. No obstante, se argumenta que la consideración de estos trastornos como específicos es controvertida y que probablemente puedan considerarse como variaciones locales de los trastornos generales, reconociendo por tanto, la variación cultural en la expresión de los trastornos o conflictos psicológicos.

4.2.6.4. CALIDAD DE VIDA Y ASPECTOS CULTURALES EN LA ESQUIZOFRENIA

A pesar de la importancia globalmente reconocida del papel del ambiente en la salud mental, este ha sido un tema frecuentemente olvidado (Freeman, 2000). La literatura en torno a la influencia de determinados factores individuales sobre la calidad de vida es extensa mientras que la referente a la influencia ambiental resulta más bien escasa. De esta forma, se puede encontrar una amplia cantidad de estudios, actuales y pasados, respecto a cuestiones como, por ejemplo, la influencia de la psicopatología en la calidad de vida y, en cambio, existen escasos trabajos que se centran en la relación de las condiciones ambientales y la calidad de vida.

Si se entiende la calidad de vida como un constructo multidimensional en el que se incluye la relación de una persona con su ambiente resultaría entonces necesario conocer qué aspectos del ambiente son aquellos que determinan o influyen en la calidad de vida de una persona.

Algunos trabajos se han centrado en el estudio de la influencia del ambiente en la calidad de vida en personas con diagnóstico de esquizofrenia en distintas ciudades o países con el objetivo de evaluar las posibles diferencias culturales (Tabla 4). En general, los estudios publicados hasta la fecha encuentran diferencias significativas respecto a distintos dominios de la calidad de vida o en aspectos relacionados con ésta, en pacientes evaluados en distintas zonas geográficas y culturales. Aunque la mayor parte de estos trabajos reflejan esta diferencia también se encuentran trabajos que informan de aspectos no diferenciales.

Heinze, Taylor, Priebe y Thornicroft (1997) realizan un estudio con el objetivo de conocer si la calidad de vida y las necesidades de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia paranoide son diferentes en dos países distintos. Se evalúan dos muestras, una compuesta por 69 pacientes pertenecientes a un distrito de Berlín y la otra por 75 pacientes de un distrito de Londres. La muestra de Berlín pertenece al distrito de Charlottenburg, un distrito de unos 180.000 habitantes, con áreas compuestas por población de clase media y algunas zonas socialmente desfavorecidas. La muestra londinense fue extraída del distrito de Camberwell, uno de los distritos más desfavorecidos de Londres, de unos 210.000 habitantes, y compuesto por una alta

proporción de minorías étnicas. La evaluación fue realizada mediante la BPRS, para la evaluación psicopatológica, la GAF, para el funcionamiento general, el “Perfil de Calidad de Vida de Lancashire” (*Lancashire Quality of Life Profile, LQoLP*; (Oliver et al., 1997) para la calidad de vida y la CAN para la evaluación de la satisfacción de necesidades. Los resultados arrojan diferencias significativas en la calidad de vida entre ambas muestras, encontrando a los pacientes de Berlín más satisfechos con su vida en general así como en algunos dominios como *alojamiento* o *seguridad en el vecindario*. Asimismo, los pacientes de Londres informaron de un mayor número de problemas o necesidades. Por el contrario, no se encuentran diferencias en la satisfacción de áreas tales como *finanzas* o *relaciones sociales*.

Tabla 4. Estudios de calidad de vida e influencia cultural en esquizofrenia

| Estudio | Medida de calidad de vida | Muestra comparada | N | Diferencias entre muestras |
|--|---------------------------|---|------------------------------|---|
| Heinze, Taylor, Priebe y Thornicroft, 1997 | LQOLP | Berlín Londres | 69 75 | SI |
| Warner et al., 1998 | LQOLP | Boulder Bolonia | 100 70 | SI en calidad de vida objetiva NO en calidad de vida subjetiva |
| Vandiver, 1998 | QoLI | Canada Cuba Estados Unidos | 42 27 36 | Débil |
| Gaite et al., 2002 | LQOLP | Amsterdam Copenhague Londres Santander Verona | 61 52 84 100 107 | SI |
| Nilson et al., 2002 | LQOLP QLS-100 | Rural Urbano | 19 19 | Solo en medidas generales del LQOLP |
| Heider et al., 2007; Marwaha et al., 2008 | QoLI | Francia Alemania Inglaterra | 288 618 302 | SI |
| Xiang et al., 2008 | WHOQOL-BREF | Hong Kong Beijing | 522 258 | NO |

QoLI: Entrevista de Calidad de Vida de Lehman; QLS: Escala de Calidad de Vida de Heinrichs; LQOLP: Perfil de Calidad de Vida de Lancashire; WHOQOL-BREF: Escala Breve de Calidad de vida de la OMS

En esta misma línea, Warner et al. (1998), realizan otro estudio con el objetivo de evaluar si existen diferencias en la calidad de vida de pacientes con esquizofrenia provenientes de dos sistemas culturales distintos. En concreto, una de las muestras estuvo compuesta por 100 pacientes diagnosticados de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo de Boulder (Colorado). Este es un condado de unos 250.000 habitantes, en el momento del estudio, que incluía zonas urbanas y rurales. La otra muestra estuvo compuesta por 70 pacientes con el mismo diagnóstico, pertenecientes a Bolonia (Italia), una ciudad de unos 390.000 habitantes que también incluye áreas rurales y urbanas. En la evaluación se utilizaron los siguientes instrumentos: BPRS para la evaluación psicopatológica, el LQOLP para la calidad de vida y la CAN para la satisfacción de necesidades. Los resultados reportan múltiples diferencias en los factores objetivos relacionados con la calidad de vida; así, los pacientes de Bolonia estaban favorecidos en aspectos como el trabajo, seguridad, el número de contactos con familia y amigos o los hándicaps físicos. Sin embargo, no encuentran diferencias en cuanto a la calidad de vida subjetiva en los dos entornos. Tampoco se recogen diferencias significativas en el grado de psicopatología. En cambio, sí se aprecian diferencias en las necesidades referidas por los pacientes de uno y otro lugar. Comparados con los pacientes de Bolonia, los pacientes de Boulder referían mayores problemas de alojamiento y menos ayuda familiar en el cuidado de la casa y la obtención de alimentos.

En estas mismas fechas, un estudio piloto llevado a cabo por Vandiver (1998) tenía como objetivo estudiar la posible existencia de diferencias de género en la calidad de vida de personas con esquizofrenia. Se evalúan tres muestras pertenecientes a países distintos: Canadá (42 personas), Cuba (27 personas) y Estados Unidos (36 personas), utilizando como instrumento de evaluación la Entrevista de calidad de vida de Lehman. El estudio solo encuentra diferencias en la subárea relativa a las relaciones sociales, en las muestras de Cuba y Canadá, y a favor de hombres y mujeres respectivamente.

Ya en este nuevo milenio, otro estudio comparativo de distintas ciudades europeas es el “*Epsilon Study*” (Becker et al., 2000), el cual trata de analizar la atención a pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en 5 ciudades de distintos países europeos:

- Amsterdam. 110.000 habitantes. Se trata de la parte suroeste de Amstendarm, una zona residencial de clase media-baja, donde el nivel de desempleo es alto y el 50% de la población pertenece a grupos étnicos minoritarios.

- Copenhague. El estudio se realiza en los distritos de Vesterbro y Kongens Enghave, los cuales comprenden una población de unos 50.000 habitantes.
- Londres. El área de estudio se circunscribe a Croydon, un área suburbana al sur de Londres, con una población de 80.000 habitantes. Se trata de una zona que incluye partes deprimidas, zonas de clase media y áreas semirurales.
- Santander. Ciudad del norte de España con una población de 194.000 habitantes. Ciudad universitaria, predominantemente de clase media, con trabajadores de la industria y servicios.
- Verona. El estudio se centra en el sur de Verona, un área urbana con unos 70.000 habitantes de clase media, trabajadores de la industria y servicios.

El estudio persigue varios objetivos entre los que se encuentran la investigación de la calidad de vida y los factores asociados a ésta. La muestra estuvo compuesta por adultos de entre 18 y 65 años con diagnóstico realizado según la CIE-10, desde F20 a F25. La muestra final se compuso de 404 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, repartidos entre diversos centros procedentes de: Amsterdam (61 personas), Copenhague (52 personas), Londres (84 personas), Santander (100 personas) y Verona (107 personas). Los cinco instrumentos de evaluación utilizados fueron: a BPRS para la evaluación psicopatológica, la GAF para la evaluación del nivel de funcionamiento, el LQOLP para la evaluación de la calidad de vida, la CAN para la evaluación de necesidades, el “Inventario de Servicios Utilizados por los Pacientes” (*Client Service Receipt Inventory, CSRI*; Beecham y Knapp, 1992) para la evaluación de costes en salud mental, el “Cuestionario de Evaluación de la Repercusión Familiar” (*Involvement Evaluation Questionnaire, IEQ*; van Wijngaarden et al., 2000) para la evaluación de las repercusiones en los cuidadores, y la “Escala Verona de Satisfacción con el Servicio” (*Verona Service Satisfaction Scale, VSSS*; Ruggeri y Dall’Agnola, 1993) para la evaluación de la satisfacción con los servicios.

Los resultados muestran diferencias significativas entre las distintas ciudades (Gaité et al., 2002). En cuanto a los indicadores objetivos, los pacientes de Londres eran los que participaban en un mayor número de actividades de ocio mientras que los de Verona fueron los que menos participaban. Verona, Santander y Copenhague fueron las ciudades donde los pacientes eran significativamente más creyentes en religión, en comparación con Londres y Amsterdam. La mayor parte de los pacientes recibían

ayudas del estado pero Verona difería significativamente de los otros centros al tener un menor aporte. También se observaron diferencias significativas en cuanto a la convivencia, mientras que en el sur de Europa (Santander y Verona) los pacientes vivían mayoritariamente con sus familiares, en el norte (Copenhague, Londres y Amsterdam) residían preferentemente solos. Otros resultados indicaron que mientras que Londres fue el área con un significativo mayor número de pacientes que habían sido víctimas de violencia, Santander y Copenhague fueron los más seguros. En cuanto a las relaciones sociales, los pacientes de Santander y Verona tenían significativamente más contactos diarios que Copenhague o Londres. Y, por lo que respecta a los contactos con los servicios sanitarios no relacionados con salud mental, en Copenhague y Amsterdam estos servicios fueron significativamente más frecuentados que en Santander y Verona.

Respecto a la calidad de vida subjetiva, los pacientes de Copenhague muestran las mayores puntuaciones en seis de los nueve dominios evaluados por el LQLP: *trabajo, actividades de ocio, religión, finanzas, convivencia y seguridad*. Los pacientes de Santander obtuvieron mayores puntuaciones en *relaciones sociales y familiares* y los de Verona en *salud*. En todas estas áreas las diferencias fueron estadísticamente significativas, a excepción de *relaciones sociales*. Asimismo, las variables que estaban más influidas culturalmente eran *religión y relaciones sociales y familiares*, mientras que *trabajo, finanzas y seguridad* presentaron menor influencia.

En fechas más recientes, Heider et al. (2007) y Marwaha et al. (2008) examinaron la influencia de distintos factores (psicopatología, funcionamiento social y factores sociodemográficos) sobre la calidad de vida objetiva y subjetiva. Trabajaron con una amplia muestra formada por 1208 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, pertenecientes a 3 países distintos: Francia (288 personas), Gran Bretaña (302 personas) y Alemania (618 personas). Los instrumentos de evaluación utilizados fueron: la versión breve de la QoLI para la evaluación de la calidad de vida objetiva y subjetiva, la PANSS para la evaluación psicopatológica y la GAF para el nivel de funcionamiento general. En el análisis entre países encuentran diferencias significativas en la calidad de vida subjetiva entre los distintos países en 5 de los 9 dominios evaluados, en concreto en *residencia, actividades cotidianas y funcionamiento, relaciones familiares, aspectos legales y de seguridad, y salud*. Los pacientes de Gran Bretaña presentaron una menor calidad de vida subjetiva, en comparación con los de Alemania, respecto a los dominios citados. Entre las personas de Francia y Alemania las diferencias fueron menos

pronunciadas aunque sí se registraron puntuaciones significativamente menores en *residencia* y *relaciones familiares* en los pacientes franceses. De los 3 países, los pacientes de Alemania fueron los que mostraron una mayor calidad de vida subjetiva.

También en el continente asiático este tema ha recabado el interés investigador. Teniendo en cuenta el mismo país pero en distintos medios, Xiang, Weng, Leung, Tangy Ungvari (2008) llevan a cabo un trabajo en el que se investigan las posibles diferencias en la calidad de vida en dos ciudades asiáticas Hong Kong y Beijing. Evalúan 522 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, 264 habitantes de Hong Kong y 258 de Beijing. Las escalas que utilizan son: el WHOQOL-BREF para la evaluación de la calidad de vida, la BPRS y la “Escala de Depresión de Hamilton” (*Hamilton Depression Rating Scale, HDRS*; Hamilton, 1960) para la psicopatología y la “Escala de Evaluación de Síntomas Extrapiramidales de Simpson-Angus” (*Simpson and Angus Scale of Extrapyramidal Symptoms, SAS*; Simpson y Angus, 1970) para los efectos secundarios extrapiramidales. En el análisis inicial, los autores encuentran que los pacientes de Hong Kong presentan una peor calidad de vida significativa en todos los dominios evaluados, excepto en el dominio *físico*. Sin embargo, una vez controlado el efecto de la psicopatología y los efectos secundarios, los autores no encuentran diferencias significativas entre la calidad de vida medida en las dos poblaciones.

Por último, solo resta añadir que respecto a las características específicas del medio rural y urbano, apenas se encuentran en la bibliografía especializada trabajos centrados en el estudio diferencial de la calidad de vida en personas con esquizofrenia en función de los entornos de residencia.

Un estudio centrado específicamente en esta temática fue el realizado por Nilsson et al. (2002). El objetivo se centraba en el análisis comparativo de la sintomatología y la calidad de vida en pacientes que vivían en dos hábitats diferentes: urbano y rural. Evaluaron a un grupo de 38 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno delirante. De ellos, 19 pertenecían a un área rural (un pueblo con menos de 10.000 habitantes) y 19 a un área urbana (una ciudad de 250.000 habitantes). Como medidas utilizaron la PANSS para la psicopatología, la GAF para el nivel de funcionamiento global y el LQOLP y el QLS-100 para la calidad de vida. Los resultados evidencian que ambos grupos no diferían en cuanto al nivel global de psicopatología o de funcionamiento. Sin embargo, sí observaron diferencias en cuanto al perfil de síntomas,

mostrando los pacientes procedentes del medio rural más síntomas negativos (mayor retraimiento afectivo y mayor ausencia de espontaneidad y fluidez en la conversación) y menos positivos (menor excitación y menos alucinaciones). Por lo que respecta a la calidad de vida, no aparecieron diferencias entre los grupos en las medidas realizadas mediante la QLS-100 ni en los dominios específicos del LQOLP. En cambio, sí se detectaron diferencias significativas en las medidas generales del LQOLP, mostrando los pacientes pertenecientes al medio rural una mayor satisfacción general con su vida y su salud.

4.3. RESUMEN

La búsqueda continua de formas de intervención o de ayuda que permitan a las personas disfrutar de una vida más plena y satisfactoria ha llevado a la investigación de aquellos aspectos que enriquecen o desfavorecen su calidad de vida. Como hemos visto a lo largo de este segundo capítulo, la actividad investigadora en torno a esta temática ha sido y es muy abundante, lo que demuestra el extenso interés por la misma. Pero no todos los aspectos han suscitado el mismo interés investigador y la mayor parte de trabajos encontrados en la literatura se centran en aspectos individuales de las personas, tales como la psicopatología.

De los factores analizados, la psicopatología es, con diferencia, el aspecto que más interés ha originado en la comunidad científica. De los 22 trabajos analizados en nuestra revisión, sólo uno no incluye el análisis de la influencia de la psicopatología en la calidad de vida, lo que refleja esta tendencia imperante. Este estudio es un tema que continúa en debate en la actualidad ya que los resultados encontrados en los distintos trabajos son discordantes, lo que dificulta una posición unánime. Muchos autores apuntan a una influencia de este aspecto en la calidad de vida por lo que resulta frecuente encontrar autores en la literatura que señalan la relación de la sintomatología positiva y/o negativa con la calidad de vida (Akinsulore et al., 2014; Chino et al., 2009; Galuppi et al., 2010; Montemagni et al., 2014; Ueoka et al., 2011). Sin embargo, en el metaanálisis realizado por Eack y Newhill (2007) se indica cómo, a pesar de encontrarse una amplia relación entre la psicopatología positiva y negativa y la calidad de vida en personas con esquizofrenia, éstas no resultan ser un fuerte predictor de la misma. En

cambio, sí encuentran un factor que ejerce una importante influencia en la calidad de vida: la depresión.

Otro de los aspectos estudiados en su relación con la calidad de vida son las características sociodemográficas. Aunque inicialmente se señaló a las mujeres, la gente joven o las personas casadas como población con mayor calidad de vida (Bobes et al., 2007), los trabajos evaluados no muestran una influencia consistente de ninguno de los parámetros considerados. Esto ha llevado a algunos autores a señalar a los factores sociodemográficos como aspectos no relacionados o débilmente relacionados con la calidad de vida (Fervaha et al., 2013; Kunikata et al., 2005; Meijer et al., 2009).

Además de estos aspectos, a lo largo de este capítulo hemos analizado otras cuestiones como el funcionamiento social o el rendimiento cognitivo.

El funcionamiento social se ha señalado como un aspecto con gran importancia en las personas con esquizofrenia, tanto para su funcionamiento diario como para su evolución (Norman et al., 2005). En lo que respecta a su posible influencia en la calidad de vida, aunque tampoco existe una postura unánime, los resultados encontrados parecen indicar a una mejor calidad de vida en aquellas personas con un mejor funcionamiento y apoyo social (Adelufosi et al., 2013; Aki et al., 2008; Chino et al., 2009; Galuppi et al., 2010; Woon et al., 2010).

En cuanto al rendimiento cognitivo, a pesar de que algunos autores reportan una influencia significativa de distintas funciones cognitivas sobre la calidad de vida (Ritsner, 2007; Sota y Heinrichs, 2004; Ueoka et al., 2011), encontrando incluso a algunas funciones como la *velocidad de procesamiento* como un potente predictor de la misma (Ojeda et al., 2012), el metaanálisis de Tolman y Kurtz (2012) así como distintos trabajos (Chino et al., 2005; Helesgrave et al., 1997; Hofer et al., 2005b) apuntan hacia una débil influencia de las funciones cognitivas sobre la calidad de vida.

Estos y otros factores, como la farmacoterapia (Karamatskos et al., 2012), el insight (Margariti et al., 2014), la personalidad (Margetić et al., 2011), el estigma (Mosanya et al., 2013) o la autoestima (Kunikata et al., 2005; Tang y Wu, 2012), entre otros muchos, han sido estudiados en su relación con la calidad de vida.

En cambio, el estudio de otros factores de índole sociocultural son escasos, a pesar de la importancia reconocida que los factores culturales ejercen sobre la vida de las personas y sobre su salud psicológica (Bones et al., 2010; Kovess-Masféty et al., 2005; Lederbogen et al., 2011). Si la calidad de vida se entiende como un constructo multidimensional que refleja la relación de una persona con su ambiente, resultaría entonces necesario conocer qué aspectos del ambiente resultan significativos a la hora de gozar (o no) de una buena calidad de vida.

Los pocos trabajos que se han acercado a conocer la influencia de factores macro en la calidad de vida de personas con esquizofrenia han realizado estudios comparativos en distintas ciudades (Gaite et al., 2002; Heider et al., 2007; Heinze et al., 1997; Marwaha et al.; 2008; Vandiver, 1998; Warner et al., 1998; Xiang et al., 2008). Solo hemos encontrado en la literatura actual un estudio que evalúe esta cuestión en distintos entornos, en concreto, en el entorno rural y urbano (Nilson et al., 2002). Aunque los distintos trabajos realizados no encuentran resultados unánimes en cuanto a la influencia cultural, si se observan diferencias entre las distintas poblaciones, tanto en la calidad de vida global como en algunos dominios (Gaite et al., 2002; Heider et al., 2007; Heinze et al., 1997; Marwaha et al.; 2008; Vandiver, 1998; Warner et al., 1998).

5. RESUMEN Y CONCLUSIONES DE LA PARTE TEÓRICA

5.1. RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave cuya prevalencia se estima en un 1% de la población. Afecta a las personas con un curso variable y, aunque algunas personas se recuperan de manera completa, es frecuente un curso crónico del trastorno (American Psychiatric Association, 2014). De etiología aún desconocida, repercute en el funcionamiento global de la persona tanto a nivel conductual como cognitivo y emocional. Es un trastorno altamente discapacitante y causante de un gran sufrimiento tanto para las personas que la padecen como para sus seres cercanos (Bernardo y Bioque, 2011).

Durante muchos años el tratamiento de la esquizofrenia se centraba casi exclusivamente en un abordaje farmacológico. Sin embargo, en las últimas décadas se han hecho imprescindibles los tratamientos multidimensionales que integran

actuaciones coordinadas de varios ámbitos (farmacológico, psicoterapéutico, social...) (National Institute for Health and Care Excellence, 2013, 2014). El objetivo terapéutico a alcanzar ya no se ciñe a la simple remisión sintomática sino que se amplía necesariamente a otras necesidades del paciente, promoviendo así la calidad de vida.

La mejora y el avance en la tecnología y cuidados sanitarios ha permitido una notable evolución en las formas de cuidado. El sistema sanitario, antes centrado en la curación y prolongación de la vida como objetivo indiscutible, va tomando un carisma más humanitario, centrado en el individuo, su situación y sus necesidades personales. Comienza así un interés por las condiciones de vida ligadas a la salud y la satisfacción personal con las mismas. La calidad de vida se torna un concepto necesario para mejorar la vida de las personas.

A pesar del gran interés en torno a esta cuestión y del importante número de publicaciones en torno a la calidad de vida, es todavía hoy un concepto que origina mucha confusión por no contar con una definición y criterios unificados (Aguado et al., 2006; Gómez et al., 2010; Verdugo et al., 2013). Mientras que algunos autores encuentran la calidad de vida ligada a criterios objetivos relativos a la situación vital (condiciones de vivienda, salud...), otros consideran que este constructo debe incluir necesariamente un componente subjetivo que refleje la satisfacción de una persona con su vida. Aunque este debate sigue abierto, sí parece existir un cierto consenso generalizado acerca de la asunción de la calidad de vida como un constructo multidimensional que engloba tanto las condiciones de vida de una persona como la satisfacción que ésta experimenta respecto a las mismas (Barry, 2000; Fitzgerald et al., 2001; Katschnig, 2006).

En el ámbito de la salud mental, la consideración de la calidad de vida es un poco más tardía que en otras áreas pero no por ello ganó menor importancia. La desinstitucionalización de las personas con trastornos mentales graves promovió activamente el estudio e interés por las nuevas condiciones de vida en las que se situaban los pacientes así como conocer si verdaderamente permitían una vida de calidad. De esta forma, el estudio de la calidad de vida pasó a ser un aspecto central en la planificación de programas y evaluación de resultados, lugar que mantiene actualmente. Ahora bien, su estudio en las personas con trastornos mentales graves no está exento de notables controversias. La evaluación de la calidad de vida en la

esquizofrenia ha sido y todavía es un tema controvertido. Mientras que algunos autores consideran que estos pacientes no son capaces de realizar autoinformes válidos y fiables debido fundamentalmente a los déficits cognitivos y a la falta de reconocimiento de algunos síntomas, otros sí consideran probada la fiabilidad y validez de sus informes (Awad y Voruganti, 2000). Esta cuestión condiciona en gran parte el estudio de la calidad de vida ya que, mientras que en un caso sería suficiente con la propia percepción del paciente, en otro sería necesario, como mínimo, complementarla con una evaluación realizada por un agente externo. A pesar de este debate, parece que en el momento actual la mayor parte de autores considera que la evaluación de la calidad de vida en la esquizofrenia debe de incluir necesariamente la opinión subjetiva personal y abogan por una evaluación integral que complemente aspectos objetivos y subjetivos de la calidad de vida (Hayhurst et al., 2014).

La calidad de vida y los posibles factores relacionados con la misma ha sido una cuestión ampliamente investigada en las personas con esquizofrenia lo cual se refleja en la abundancia de trabajos existentes en la literatura actual.

La posible influencia que la psicopatología pueda ejercer sobre la calidad de vida es el aspecto que más se repite en los trabajos consultados. A pesar de que los estudios publicados arrojan resultados discordantes, lo cual no permite una posición unánime, sí resulta bastante reconocida la influencia negativa en la calidad de vida de algunos síntomas clínicos como la depresión (Eack y Newhill, 2007).

Aunque algunos autores han señalado a las mujeres, las personas jóvenes o los casados, como personas con una mayor calidad de vida (Bobes et al., 2007), otros autores no encuentran una diferencia significativa en la calidad de vida en función de estos aspectos sociodemográficos (Fervaha et al., 2013; Kunikata et al., 2005; Meijer et al., 2009).

El funcionamiento social es otro factor que se ha considerado importante en su posible relación con la calidad de vida. En este sentido, se ha argumentado que el apoyo social influye positivamente en la calidad de vida (Adelufosi et al., 2013) y que las personas con un mayor nivel de funcionamiento muestran también una mayor calidad de vida (Chino et al., 2009; Woon et al., 2010). Sin embargo, también pueden

encontrarse trabajos en sentido contrario, por lo que continua siendo un tema abierto de investigación.

Otros factores, como los referentes al rendimiento en los dominios cognitivos resultan también controvertidos y, aunque algunos autores consideran que su influencia sobre la calidad de vida es débil o nula (Tolman y Kurtz, 2012), otros mantienen que pueden ser potentes predictores de la calidad de vida (Ojeda et al., 2012).

El estudio de los factores ambientales y su relación con la calidad de vida ha suscitado un menor interés investigador. Sin embargo, los pocos estudios al respecto hacen pensar en una posible influencia significativa del entorno en la calidad de vida, lo que anima a continuar trabajando para intentar esclarecer esta cuestión (Gaité et al., 2002; Heider et al., 2007; Marwaha et al., 2008).

En definitiva, muchos son los factores estudiados y, sin embargo, es una cuestión que todavía no está resuelta ya que es frecuente encontrar trabajos con resultados opuestos. Esta falta de concordancia en los datos obtenidos en las distintas investigaciones podrían ser explicadas por varios factores, entre los que se encuentran: la falta de consenso en la conceptualización del término calidad de vida, la gran variabilidad en las formas de medida que toman diferentes indicadores para un mismo término o el tipo de muestra utilizada, entre otras cuestiones (Eack y Newhill, 2007; Lambert y Naber, 2004; Tolman y Kurtz, 2012).

Es por ello que el estudio de la calidad de vida en personas con esquizofrenia constituye un tema que continua activo y es objeto de numerosa investigación. El poder conocer aquellos factores que influyen en las condiciones y en la satisfacción con la vida de una persona es un aspecto de gran importancia ya que permitiría el desarrollo de programas de tratamiento o intervenciones que mejoren el bienestar de estas personas.

5.2. CONCLUSIONES

A lo largo de estos capítulos hemos podido observar la evolución del concepto de calidad de vida, su aplicación en la esquizofrenia así como los factores o aspectos que se han descrito como influyentes en la misma. Tras esto, podemos llegar a las siguientes conclusiones:

En primer lugar, la calidad de vida es un aspecto central en la planificación de intervenciones sanitarias y/o sociales. Desde la aparición de este concepto, su importancia ha ido en ascenso hasta adquirir, en el momento actual, un estatus de parámetro casi imprescindible. El alcanzar una vida de calidad se configura como un objetivo innegable.

En segundo lugar, la calidad de vida es un objetivo ineludible en las personas con diagnóstico de esquizofrenia. La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a áreas cognitivas, conductuales y emocionales y, dado que produce un importante déficit funcional personal, social y laboral, es frecuentemente un trastorno gravemente discapacitante. Esto hace necesario una intensa y continua intervención. Los tratamientos multidisciplinarios en los que se tenga en cuenta, no sólo la remisión sintomática, sino también y fundamentalmente las necesidades y preferencias del paciente, son en la actualidad el tratamiento de elección en las personas con esquizofrenia, y en ellos la calidad de vida ocupa un lugar principal.

En tercer lugar, la evaluación de la calidad de vida en personas con esquizofrenia implica una valoración que incluya formas de auto y heteroevaluación. Aunque ésta es una cuestión que continua en debate, parece que ambos son enfoques complementarios que permiten una evaluación más exhaustiva y completa. Por una parte, el conocer la percepción subjetiva que la propia persona tiene de su situación en la vida resulta un aspecto imprescindible para conocer su calidad de vida. Sin embargo, la falta de insight, los déficits cognitivos así como otras características asociadas al trastorno esquizofrénico hacen que una evaluación externa se considere un buen, y muchas veces necesario, complemento.

En cuarto lugar, a pesar de la existencia de un gran número de investigaciones en torno a los factores influyentes en la calidad de vida, éste continua siendo un tema sin consenso. Algunos aspectos, como el caso de la depresión, cuentan con un importante apoyo en la literatura, sin embargo, la existencia de resultados discordantes es frecuente, lo que dificulta la extracción de conclusiones unificadas y anima a seguir investigando en esta línea.

Por último, y ligado al punto anterior, se observa un claro predominio en el estudio de variables implicadas en la calidad de vida de carácter individual. El estudio de

cuestiones de tipo cultural es escaso, a pesar de la importancia reconocida de los factores culturales en el desarrollo vital de las personas, lo que hace necesario un mayor número de investigaciones en torno a esta temática.

En suma, la esquizofrenia es un trastorno que frecuentemente supone una importante devastación en la vida de una persona así como sus seres cercanos y queridos. El conocimiento de aquellos factores que puedan mejorar la vida de estas personas podría facilitar una ayuda para reducir este sufrimiento y mejorar su satisfacción con la vida, permitiéndoles vivir una vida más plena y feliz. En el momento actual, aunque el conocimiento de estos factores ha sufrido notables avances, todavía quedan cuestiones importantes sin dilucidar. Es por esto, que el continuar con estudios en esta línea se hace necesario para contribuir a mejorar y a alcanzar una vida de calidad.

PARTE EMPÍRICA

6. INTRODUCCIÓN

Como se ha podido comprobar a lo largo del marco teórico, el concepto de calidad de vida se ha ido conformando como un objetivo indiscutible en la asistencia sanitaria y social, resultando especialmente relevante en el ámbito de los trastornos gravemente discapacitantes, como es el caso de la esquizofrenia. La mayor parte de los programas actuales incluyen dentro de sus propósitos el bienestar, y se dirigen a alcanzar una vida de calidad. Esto, sin duda, es el reflejo de la importancia reconocida a este concepto. Sin embargo, y a pesar de la extensa bibliografía existente en torno a este constructo, no existe una posición unificada en cuanto a su definición (Aguado et al., 2006; Gómez et al., 2010; Verdugo et al., 2013), lo que dificulta su estudio.

Entre los elementos que han suscitado un mayor interés investigador está el conocimiento de aquellos aspectos que influyen o determinan la calidad de vida. Éste ha sido y es, un aspecto que reviste una gran importancia ya que puede permitir llevar a cabo intervenciones que favorezcan que las personas tengan una vida más satisfactoria.

En la revisión bibliográfica del segundo capítulo hemos analizado algunas de las numerosas variables que se han investigado en su relación con la calidad de vida en la esquizofrenia. A pesar de que la literatura en torno a esta cuestión es extensa, todavía continua en pleno debate y no es extraño encontrar hallazgos contradictorios. Por ello, resulta necesario continuar trabajando en esta línea.

La mayor parte de los estudios publicados hasta el momento centran su interés en el estudio de variables individuales, entre las que destacan muchas pertenecientes al ámbito de la psicopatología, y más concretamente, la clínica depresiva, la cual parece estar muy relacionada con la calidad de vida (Eack y Newhill, 2007). Poco frecuente es el estudio de otras variables de índole sociocultural, a pesar de la importancia reconocida que la cultura tiene sobre la expresión y curso de los trastornos mentales (Lederbogen et al., 2011; Nilsson et al. 2002; Peen et al., 2010).

El presente estudio pretende conocer la influencia de distintas variables sobre la calidad de vida en personas con diagnóstico de esquizofrenia. Para ello se han tenido en cuenta variables que incluyen atributos individuales que han demostrado su importancia en la esquizofrenia, tales como la psicopatología o el rendimiento cognitivo; variables que reflejan la interacción de la persona con su ambiente, tales como el funcionamiento

social; y variables que tienen que ver con el macrosistema que envuelve al individuo, tales como el entorno (rural/urbano) en el que vive la persona.

A lo largo del siguiente capítulo se expondrá el estudio realizado. Comenzaremos con los objetivos e hipótesis que guían la investigación, para pasar posteriormente al método y los resultados, finalizando con la discusión y conclusiones.

7. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

7.1. OBJETIVOS

El presente estudio se ha diseñado con el propósito genérico de conocer la influencia de algunos factores sobre la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Siguiendo este interés se plantean los siguientes objetivos:

- Descripción del nivel de calidad de vida autopercebida y del nivel de calidad de vida evaluado externamente de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.
- Determinar la influencia en la calidad de vida subjetiva y objetiva en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia de:
 1. Los factores sociodemográficos.
 2. Distintas variables de psicopatología.
 3. El funcionamiento social.
 4. El rendimiento cognitivo.
 5. El entorno (rural/urbano).

Consideramos a esta última variable (entorno) como un aspecto de especial relevancia, por lo que se analizará en mayor profundidad la posible influencia del mismo, tanto en la calidad de vida como en los aspectos relacionados con ella estudiados en el presente trabajo: la psicopatología, el funcionamiento social y el rendimiento cognitivo.

7.2. HIPÓTESIS DE TRABAJO

- H1: El nivel de calidad de vida autopercebida y el nivel de calidad de vida evaluado externamente difiere significativamente. La calidad de vida evaluada por el WHOQOL y el QLS total o en dominios difiere significativamente.
- H2: Las variables sociodemográficas (a excepción del entorno de residencia) no ejercen una influencia significativa sobre la calidad de vida. La diferencia en torno a ellas no será estadísticamente significativa.
- H3: La psicopatología está negativamente relacionada con el nivel de calidad de vida tanto objetiva como subjetiva. Las puntuaciones en la escala PANSS presentarán una correlación negativa con la WHOQOL y la QLS.
- H4: El bajo funcionamiento social está relacionado con un menor nivel de calidad de vida. Las puntuaciones en la escala SFS y GAF presentarán una correlación negativa con la WHOQOL y la QLS.
- H5: El rendimiento cognitivo no tiene una relación significativa con el nivel de calidad de vida. Las puntuaciones en las pruebas neuropsicológicas no presentarán una correlación significativa con la WHOQOL y la QLS.
- H6: El área de residencia (urbana/rural) está relacionada significativamente con la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia y las variables asociadas a ésta:
 - H6a: Los pacientes pertenecientes al medio rural presentan una mayor calidad de vida que los pertenecientes al medio urbano. La diferencia de medias en calidad de vida en el medio rural y urbano será significativa, mostrando los pacientes pertenecientes al medio rural mayores puntuaciones.
 - H6b: Los pacientes residentes en el medio rural presentan menor gravedad psicopatológica que los pacientes residentes en el medio urbano. La diferencia de medias en la escala PANSS entre el medio rural y urbano será significativa, mostrando los pacientes pertenecientes al medio rural menores puntuaciones.
 - H6c: Los pacientes residentes en el medio rural presentan mayor grado de independencia funcional que los pacientes residentes en el medio urbano. La diferencia de medias en la escala SFS y GAF entre el medio

rural y urbano será significativa, mostrando los pacientes pertenecientes al medio rural mayores puntuaciones.

- H6d: El funcionamiento cognitivo es similar en ambas muestras. La diferencia de medias de las pruebas neuropsicológicas en el medio rural y urbano no será significativa.

8. METODO

8.1. PARTICIPANTES

La muestra estuvo compuesta por 68 sujetos, todos ellos con diagnóstico de esquizofrenia (F20 de la CIE-10) y usuarios de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias.

Los sujetos pertenecen a 2 áreas geográficas, una de carácter rural y otra de carácter urbano.

La muestra rural fue reclutada en el Centro de Salud Mental (CSM) de Cangas del Narcea. Este CSM pertenece al Área Sanitaria II del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) y atiende a los municipios de Cangas del Narcea, Tineo, Pola de Allande, Ibias y Degaña. Se trata de municipios rurales con una baja densidad de población y donde la agricultura y la ganadería ocupan un lugar primordial en la cultura de la zona.

La muestra urbana se reclutó en el CSM-I de Gijón (área V del SESPA). Se trata de un CSM situado en el centro de Gijón, una ciudad con unos 280.000 habitantes cuya economía se basa en el sector servicios y la industria (Agencia Local de Promoción Económica y de Empleo, 2014).

El diagnóstico de esquizofrenia fue realizado por clínicos facultativos asociados a los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias siguiendo los criterios CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) utilizados en el SESPA.

Para el presente estudio solo se incluyeron personas que se encontraran estabilizadas en el momento de la evaluación, dado que la fiabilidad de las autoevaluaciones no se puede asegurar en estados desorganizados (Awad y Voruganti,

2000). La consideración de estable se realizó siguiendo los criterios de remisión propuestos por Andreasen (Andreasen et al., 2005) por lo que se tuvieron en cuenta solo aquellos participantes que presentaran una remisión del último episodio agudo al menos 6 meses antes de la evaluación, definida la remisión como una puntuación inferior a 3 en los ítems P1, P2, P3, N1, N4, N6, PG5, PG9 de la PANSS.

La selección de los sujetos se realizó de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico CIE-10 de Esquizofrenia (F20).
- Edades comprendidas entre los 18 y 65 años, ambos inclusive.
- Mínimo 2 años de evolución del trastorno.
- Remisión del último episodio agudo del trastorno con un periodo mínimo de 6 meses (PANSS<3 en los ítems P1, P2, P3, N1, N4, N6, PG5, PG9).
- Capacidad de colaborar y cumplir los procedimientos del estudio.
- Dar consentimiento informado oral o escrito para participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Diagnóstico previo de retraso mental.
- Presencia de dependencia de alcohol u otras drogas.
- Daño orgánico cerebral o afectaciones previas del sistema nervioso central (SNC).
- Alteraciones visuales, auditivas o de comunicación que impidan o dificulten gravemente la evaluación.
- Rechazar participar en el estudio, bien al comienzo, bien una vez iniciada la evaluación.

En la Tabla 5 se muestra un resumen de las características sociodemográficas de la muestra.

Tabla 5. Características sociodemográficas de la muestra

| Características | N | % | Media | DT |
|--------------------------------|----|------|-------|-------|
| Sexo | | | | |
| Hombre | 48 | 70,6 | | |
| Mujer | 20 | 29,4 | | |
| Edad | | | 44,66 | 11,66 |
| Entorno | | | | |
| Rural | 25 | 36,8 | | |
| Urbano | 43 | 63,2 | | |
| Convivencia | | | | |
| Familia origen | 40 | 58,8 | | |
| Solo | 17 | 20,6 | | |
| Familia propia | 12 | 17,6 | | |
| Otros familiares | 2 | 2,9 | | |
| Estado civil | | | | |
| Soltero | 49 | 72,1 | | |
| Casado | 13 | 19,1 | | |
| Separado | 5 | 7,4 | | |
| Viudo | 1 | 1,5 | | |
| Nivel de estudios | | | | |
| Ninguno | 9 | 13,2 | | |
| Primarios | 28 | 41,2 | | |
| Secundarios | 25 | 36,8 | | |
| Superiores | 6 | 8,8 | | |
| Años académicos completados | | | 9,73 | 2,55 |
| Situación laboral | | | | |
| Activo ocupado | 2 | 2,9 | | |
| Activo desempleado | 17 | 25 | | |
| Incapacidad Laboral Permanente | 44 | 64,7 | | |
| Otros | 5 | 7,4 | | |
| Edad de inicio del trastorno | | | 26,19 | 9,7 |
| Diagnóstico | | | | |
| Esquizofrenia paranoide | 49 | 72,1 | | |
| Esquizofrenia hebefrénica | 7 | 10,3 | | |
| Esquizofrenia indiferenciada | 1 | 1,5 | | |
| Esquizofrenia residual | 6 | 8,8 | | |
| Esquizofrenia simple | 5 | 7,4 | | |

La muestra total del estudio está compuesta por 68 personas, de las cuales 48 (70,6%) son varones y 20 (29,4%) mujeres. Esta desproporción entre el número de mujeres y hombres es similar a la presentada a nivel autonómico donde la prevalencia de pacientes con esquizofrenia es de 1079 varones y 647 mujeres, lo que da lugar a un 62,5% de hombres y un 37,5% de mujeres (Base de datos de la Unidad de Coordinación de Salud Mental del SESPA, 2007).

La edad media de las personas que forman la muestra es de 46,66 años ($DT=11,66$), con una edad mínima de 20 y un máximo de 65.

De los sujetos que componen la muestra total, 25 (36,8%) provinieron del entorno rural y 43 (63,2%) del entorno urbano.

Respecto a la convivencia, la mayor parte de los participantes vive con su familia de origen (40 personas, 58,8%). Otras 17 personas viven solas (20,6%), 12 con familia propia (17,6%) y 2 con otros familiares (2,9%).

El estado civil mayoritario es soltero, mostrando esta condición 49 personas (72,1%). 13 personas están casadas (19,1%), 5 separados o divorciados (7,4%) y una persona viuda (1,5%).

La media de años académicos completados es de 9,73 ($DT 2,55$; Rango 7-17). A este respecto, 9 personas (13,2%) no completó los estudios primarios, 28 (41,2%) finalizó primaria, 25 (36,8%) tiene estudios medios o secundarios y 6 (8,8%) cursó estudios universitarios.

En cuanto a la situación laboral, la mayor parte de la muestra es pensionista (reconocida incapacidad laboral permanente), siendo estos 44 sujetos (64,7%). 17 personas son activos laborales en situación de desempleo (25%), 2 son activos laborales empleados (2,9%), y 5 están en otra situación (7,4%).

La media de edad de inicio del trastorno es 26,19 años.

La mayor parte de los pacientes no tiene antecedentes conocidos de trastorno mental grave (43 personas, 63,2%). Tienen antecedentes en familiares de primer grado 18 personas (26,5%) y de segundo grado 6 personas (8,8%). En un caso no fue posible obtener este dato.

Respecto al diagnóstico, un 72,1% habían sido diagnosticadas de Esquizofrenia paranoide, un 10,3% de Esquizofrenia hebefrénica, un 8,8% de Esquizofrenia residual, un 7,4% de Esquizofrenia simple, y un 1,5% de Esquizofrenia indiferenciada. El diagnóstico fue realizado siguiendo los criterios CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992).

8.2. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

8.2.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Para el presente estudio se elaboró un protocolo de recogida de datos (ver anexo 1) que incluye los principales aspectos sociodemográficos y clínicos:

- Variables sociodemográficas: sexo, fecha de nacimiento, lugar de residencia, número de hermanos, número de hijo en la familia, núcleo de convivencia, estado civil, nivel de estudios, situación laboral.
- Variables clínicas: edad de inicio del trastorno, años en tratamiento, número de ingresos anteriores, tratamiento psicofarmacológico actual y diagnóstico principal.

8.2.2. CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida fue evaluada mediante dos instrumentos de evaluación, uno para la calidad de vida subjetiva y otro para la calidad de vida evaluada externamente.

8.2.2.1. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-VERSIÓN BREVE (WORLD HEALT ORGANIZATION QUALITY OF LIFE - BRIEF VERSION)

La calidad de vida subjetiva fue evaluada mediante el “Instrumento de Evaluación de la Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud- Versión breve” (*World Healt Organization Quality of life, WHOQOL-BREF*; World Health Organization. WHOQOL Group, 1996). Se trata de un instrumento autoaplicado desarrollado para evaluar la calidad de vida de las personas desde la percepción y valoración que uno mismo tiene acerca de su propia vida. Se trata, por tanto, de una medida subjetiva de la calidad de vida.

El WHOQOL-BREF es una versión reducida del cuestionario WHOQOL-100 (World Health Organization. WHOQOL Group, 1998a), también desarrollado por la O.M.S.

EL WHOQOL-BREF determina la percepción que tienen los individuos de su situación vital. Está formado por 26 ítems que evalúan 4 dominios de la calidad de vida: *física, psicológica, relaciones sociales y entorno*. Cada uno de los dominios lo integran distintas facetas a valorar:

- Dominio físico: actividades de la vida diaria; dependencia de una medicación o tratamiento; energía y fatiga; movilidad; dolor y malestar; sueño y descanso; capacidad de trabajo.
- Dominio psicológico: imagen corporal y aspecto físico; sentimientos negativos; sentimientos positivos; autoestima; espiritualidad, religión, creencias personales; pensamiento, aprendizaje, memoria y concentración.
- Dominio relaciones sociales: relaciones personales; apoyo social; actividad sexual.
- Dominio entorno: recursos económicos; libertad y seguridad; disponibilidad y calidad de la atención sanitaria y social; entorno doméstico; oportunidades para adquirir nueva información y habilidades; participación y oportunidad de intervenir en actividades recreativas y de ocio; entorno físico (polución, ruido, tráfico, clima); transporte.

El paciente valora los distintos ítems siguiendo una escala tipo Likert de 5 puntos.

La corrección del WHOQOL proporciona un perfil de calidad de vida, tanto a nivel global como en los distintos dominios evaluados. No existen puntos de corte para su interpretación, a mayor puntuación mayor calidad de vida.

La escala ha demostrado ser un instrumento fiable en la medida de la calidad de vida en su aplicación con población con esquizofrenia. Estudios realizados para la valoración psicométrica de la escala han encontrado adecuados índices de consistencia interna (coeficiente α de Cronbach entre ,65 y ,89) y una buena validez discriminante (Mas-Expósito et al., 2011).

Cuenta con versión española que ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas en su uso con personas con esquizofrenia. La consistencia interna es buena (valores α de Cronbach entre ,69 y ,90) y la validez convergente y discriminante también (Lucas-Carrasco, 2012).

8.2.2.2. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (QUALITY OF LIFE SCALE)

La calidad de vida objetiva fue evaluada mediante la “Escala de Calidad de Vida” (*Quality of Life Scale, QLS*; Heinrichs et al., 1984). Aunque esta escala fue inicialmente desarrollada para la evaluación de la afectación del trastorno en el funcionamiento del paciente con esquizofrenia, en la actualidad es considerada como una medida adecuada para determinar la calidad de vida objetiva en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia.

Es una escala heteroaplicada mediante una entrevista semiestructurada por un clínico entrenado en la misma. Consta de 21 ítems que se agrupan en un total de 4 factores: *funciones intrapsíquicas* (cognición, conciencia y afectividad), *relaciones interpersonales* (frecuencia e intensidad de los contactos personales), *rol instrumental* (trabajo, estudio y deberes parentales), y *uso de objetos comunes y actividades cotidianas*.

Los ítems se puntúan siguiendo una escala Likert de 7 valores. No existen puntos de corte para valoración del instrumento, valores más altos indican una mayor calidad de vida.

En la adaptación española (Rodríguez et al., 1995) los autores proponen un modelo ligeramente distinto al original, en el que reducen los cuatro factores a tres. Suprimen el cuarto factor, *uso de objetos comunes y actividades cotidianas*, y lo engloban dentro del primer factor, *funciones intrapsíquicas*.

A pesar de la propuesta española de modificación de la estructura factorial, la mayor parte de autores mantienen la forma original de 4 factores propuesta por Heinrichs et al. (1984) (García-Portilla et al., 2011; Gottlieb, Fan y Golf, 2010; Johnson, 2011). Con el objetivo de favorecer la posibilidad de comparar con otros estudios a nivel nacional e internacional, para la presente investigación se mantuvo el modelo original de Heinrichs et al. (1984).

La QLS ha demostrado adecuadas características psicométricas, con una consistencia interna α de Cronbach entre ,8 -,9 y una buena validez interna y fiabilidad test-retest. Además ha demostrado ser más sensible a los cambios que otras medidas de evaluación como la Entrevista de Calidad de Vida de Lehman (Ritsner, 2007b).

8.2.3. PSICOPATOLOGÍA

8.2.3.1. ESCALA PARA EL SÍNDROME POSITIVO Y NEGATIVO DE LA ESQUIZOFRENIA (POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE)

La “Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia” (*Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS*; Kay et al., 1987) es uno de los instrumentos más utilizados en la práctica clínica y la investigación. Basada en la “Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica” (*Brief Psychiatric Rating Scale, BPRS*; Overall y Gorham, 1962) permite una evaluación del síndrome esquizofrénico desde un punto de vista tanto dimensional como categorial.

Está compuesta por 30 ítems agrupados en 3 subescalas y distribuidos de la siguiente forma: 7 ítems para la escala positiva, 7 para la escala negativa y 16 para la evaluación de la psicopatología general.

Los ítems se puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos mediante una entrevista semiestructurada de unos 30-40 minutos de duración. La aplicación de la PANSS requiere de entrenamiento previo en la misma.

La versión original de la escala PANSS propone una estructura de 3 factores: *síndrome positivo, síndrome negativo y psicopatología general*. Sin embargo, la utilidad de este modelo factorial ha sido puesto en duda por los mismos autores, que posteriormente proponen un modelo de 4 factores formado por: *síndrome negativo, síndrome positivo, excitabilidad y síntomas depresivos* (Kay y Sevy, 1990). Poco después, el grupo de estudio de la PANSS realiza un nuevo análisis factorial en el que propone un nuevo modelo, denominado “modelo pentagonal” compuesto por 5 factores: *negativo, positivo, excitación, disforia y preocupaciones autísticas* (White, Harvey, Opler y Lindenmayer, 1997).

Otros planteamientos introducen también modelos de 5 factores que incluyen una estructura distinta a la anterior. Así, Lindenmayer, Bernstein-Hyman y Grochowski (1994) proponen un modelo formado por los factores: *negativo, excitación, cognitivo, positivo y depresión/ansiedad*, modelo que sigue vigente en la actualidad con pequeñas modificaciones en el factor excitación (Lindenmayer et al., 2004).

En la literatura presente no existe unanimidad en cuanto al modelo factorial idóneo para valorar la sintomatología recogida por la escala PANSS (Jerrell y Hrisiko, 2013; Kelley, White, Compton y Harvey, 2013; Stefanovics, Elkis, Zhening, Zhang y Rosenheck, 2014; Van der Gaag, et al., 2006). Aunque el modelo de Lindenmayer et al. (2004) permite un mayor análisis de la heterogeneidad sintomatológica, el uso del modelo de 3 factores es posiblemente el más extendido y recomendado (Cardenas, Helu, Tiznado y Ho, 2013; García-Portilla et al., 2011; Johnson, 2011).

Dada su amplia aceptación internacional así como la mayor posibilidad de comparación con otros trabajos, para el presente estudio hemos optado por realizar los análisis utilizando el modelo original de Kay et al. (1987).

La escala ha demostrado ser válida y fiable en su adaptación en personas con esquizofrenia en España. La consistencia interna de la escala positiva es moderada (α de Cronbach=,62), de la escala negativa elevada (α =,92) y modesta para la psicopatología general (α =,55). La fiabilidad interobservador es buena para las escalas positiva y negativa (CCI=,71 y ,80 respectivamente) y moderada para la escala psicopatología general (CCI=,56). La validez de constructo es buena (r =,09, n.s. entre las escalas positiva y negativa). La validez de criterio es elevada, mostrando una alta correlación de las escalas positiva y negativa con las escalas SAPS y SANS (r =,70 y r =,81 respectivamente).

8.2.4. FUNCIONAMIENTO SOCIAL

8.2.4.1. ESCALA DE FUNCIONAMIENTO SOCIAL (SOCIAL FUNCTIONING SCALE, SFS)

Como medida de funcionamiento social se utilizó la “Escala de Funcionamiento Social” (*Social Functioning Scale, SFS*; Birchwood et al., 1990). Esta escala fue diseñada para su uso en programas de intervención familiar con personas con esquizofrenia. Evalúa los aspectos fundamentales del funcionamiento social a la hora de mantener al paciente en la comunidad.

Está compuesta por 79 ítems que forman las siguientes 7 subescalas: *aislamiento/integración social* (tiempo a solas, inicio de conversaciones, evitación

social), *conducta interpersonal* (número de amigos, contactos heterosexuales, calidad de la comunicación), *actividades prosociales* (deportes, visitas...), *actividades de ocio* (intereses, pasatiempos...), *independencia-competencia* (capacidad para poseer las habilidades necesarias para un funcionamiento independiente), *independencia-ejecución* (ejecución de las habilidades necesarias para llevar una vida independiente) y *empleo-ocupación* (trabajo productivo remunerado o programa de actividades diarias programadas). La escala proporciona una puntuación global y una puntuación en cada una de las siete áreas evaluadas.

La SFS permite establecer un nivel de funcionamiento cuantitativo y fiable. No existen puntos de corte para su valoración, puntuaciones más altas indican un mejor funcionamiento.

Cuenta con adaptación española que ha demostrado ser fiable, válida y sensible con población con esquizofrenia. La fiabilidad es buena (puntuaciones α de Cronbach entre ,69 y ,80), siendo la subescala *actividades prosociales* la que menor fiabilidad obtiene (α = ,69) y las subescalas *aislamiento*, *conducta interpersonal* y *empleo-educación* las más elevadas (α = ,80). La validez de constructo y criterio es adecuada. Y es sensible a las diferencias entre las características que pretende medir, lo que se comprobó con poblaciones de personas con esquizofrenia y sujetos sin patología mental (Torres y Olivares, 2005).

Teniendo en cuenta población española, se ha desarrollado también una versión corta de la SFS de 15 ítems que cuenta con buenas características psicométricas (Alonso et al., 2008).

8.2.4.2. ESCALA DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING; GAF)

La actividad global será evaluada a través de la “Escala de la Actividad Global” (*Global Assessment of Functioning*, GAF; American Psychiatric Association, 2002), un instrumento con un extenso uso tanto a nivel clínico como de investigación, y que permite evaluar el funcionamiento general de los pacientes de salud mental partiendo de un continuo entre salud y enfermedad.

La GAF supone un instrumento de evaluación genérico, fácil de aplicar, que consta de un único ítem que el clínico evalúa siguiendo una escala tipo Likert de 100 puntos. Proporciona una puntuación única descriptiva del nivel de actividad. A mayor puntuación, mejor nivel de actividad.

Aunque las características psicométricas de la escala son controvertidas (Aas, 2010; Aas, 2011), algunos autores han encontrado una validez adecuada en su aplicación a personas con esquizofrenia (Jones, Thornicroft, Coffey, y Dunn, 1995; Schwartz, 2007) y una buena fiabilidad interobservador (ICC=,89) (Startup, Jackson, y Bendix, 2002).

8.2.5. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

La evaluación del funcionamiento cognitivo de los participantes en el estudio se llevará a cabo mediante una batería de pruebas neuropsicológicas de aquellas funciones cognitivas cuya afectación ha sido ampliamente descrita en la esquizofrenia:

- Atención y procesamiento de información:
 - Test de Trazado, parte A.
 - Dígitos en orden directo del WAIS-III
 - Clave de números del WAIS-III.
- Aprendizaje y memoria:
 - Hopkins Verbal Learning Test-Revisted (HVLT-R).
- Memoria de trabajo:
 - Dígitos en orden inverso, Letras y Números del WAIS-III.
 - Test de Trazado, parte B.
- Funcionamiento ejecutivo:
 - Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin (WCST).
 - Test de Asociación Controlada de Palabras (FAS).

8.2.5.1. TEST DE TRAZADO (TRAIL MAKING TEST; TMT)

El Test de Trazado es una de las subpuebas incluidas en la batería de evaluación de Halstead-Retain (1979) y uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación

neuropsicológica (Sánchez-Cubillo et al., 2009). El objetivo de esta tarea es la evaluación de la atención visual sostenida, secuenciación, flexibilidad mental, rastreo visual y habilidad grafomotora (Peña-Casanova, Fombuena y Fullà, 2004).

El TMT consta de dos partes. La primera parte de la prueba (A) consiste en unir con una línea, sin levantar el lápiz del papel y en orden creciente, números del 1 al 25 dibujados dentro de un círculo y distribuidos aleatoriamente en una hoja de papel de tamaño DIN A4.

La parte B es similar a la anterior pero añade letras a los números. La tarea incluye números del 1 al 13 y letras de la A a la L. En este caso, el sujeto debe unir las letras y los números alternando un número y una letra, siguiendo los números un orden creciente y las letras el orden alfabético.

En ambas pruebas se pide al sujeto que realice la tarea en el tiempo mínimo posible. Se recoge como puntuación el tiempo que el sujeto tarda en realizar la prueba. Los errores no se puntúan como tal pero se pide al sujeto que los rectifique, con el incremento de tiempo correspondiente. Asimismo, se realizan tareas de ensayo previas a la realización de cada parte de la prueba.

La administración de la prueba debe ser realizada por personal entrenado en la misma. El tiempo de administración oscila entre 5-10 minutos.

Respecto a los datos psicométricos, algunos autores informan de adecuados índices de fiabilidad test-retest (entre ,76 y ,89 para la parte A; ,86 y ,94 para la parte B) (Wagner, Helmreich, Dahmen, Lieb y Tadic, 2011).

8.2.5.2. DÍGITOS EN ORDEN DIRECTO E INVERSO

Dígitos en orden directo e inverso es una de las subpruebas integrantes de la batería WAIS-III (Wechsler, 1999), un instrumento ampliamente utilizado a nivel internacional.

La primera prueba, dígitos directos, consiste en repetir verbalmente, y en el mismo orden, una secuencia de números presentada oralmente por el examinador.

La segunda, dígitos inversos, es similar a la anterior y consiste en repetir verbalmente una secuencia de números presentada oralmente por el examinador. Sin

embargo, en este caso, el examinado debe repetir la secuencia presentada en orden inverso.

En ambas pruebas la serie numérica va incrementándose progresivamente, empezando por dos dígitos. La prueba finaliza cuando el sujeto falla consecutivamente dos secuencias con el mismo número de dígitos.

Ambas pruebas suponen formas distintas de evaluación que miden funciones cognitivas diferentes. La tarea de dígitos en orden inverso requiere una mayor manipulación y visualización mental de los números, mientras que la tarea de dígitos en orden directo exige una memoria repetitiva simple (Kaufman y Lichtenberger, 2004).

El WAIS-III ha sido adaptado a población española. La fiabilidad para la subprueba *dígitos* es buena (z Fisher= 0,89; test-retest ,83-,89) (Wechsler, 1999).

8.2.5.3. CLAVE DE NÚMEROS

Es otra subprueba integrante en el WAIS-III (Wechsler, 1999) que permite evaluar (entre otras funciones) la organización perceptiva, la velocidad de procesamiento y la coordinación viso-motora (Kaufman y Lichtenberger, 2004).

La tarea consiste en rellenar unos cuadros en blanco mediante el emparejamiento de números con símbolos jeroglíficos en un tiempo limitado (120 segundos).

Al sujeto se le presentan números del 1 al 9 emparejados con un símbolo distinto. En la parte a ejecutar, el sujeto tiene que dibujar en un cuadro en blanco, debajo de un número en orden aleatorio, el símbolo correspondiente. Como puntuación en la tarea se recoge el número de símbolos que el sujeto ha realizado correctamente.

El WAIS-III ha sido adaptado a población española. La fiabilidad para la subprueba *clave de números* es buena (z Fisher= 0,82) (Wechsler, 1999).

8.2.5.4. TEST DE APRENDIZAJE VERBAL DE HOPKINS REVISADO

El “Test de Aprendizaje Verbal de Hopkins Revisado” (*Hopkins Verbal Learning Test Revised, HVLT-R*; Brandt y Benedict, 2001) es una prueba de aprendizaje y memoria verbal sencilla, compuesta por dos listas de palabras: una de aprendizaje y otra

de reconocimiento. La primera lista, de 12 sustantivos, se aplica primeramente en tres ensayos de recuerdo inmediato. Luego, tras un periodo de 20 minutos, se aplica un ensayo de recuerdo demorado.

En la segunda tarea se realiza un ejercicio de reconocimiento con la segunda lista de palabras. Esta lista está compuesta de palabras distractoras o palabras aprendidas previamente en la primera tarea.

La prueba permite la evaluación del aprendizaje verbal, el recuerdo a largo plazo y el reconocimiento.

8.2.5.5. LETRAS Y NÚMEROS

Letras y Números es una prueba perteneciente al WAIS-III (Wechsler, 1999) que permite la evaluación de la memoria de trabajo (Kaufman y Lichtenberger, 2004).

En la tarea, el sujeto debe repetir una secuencia combinada de letras y números. Para ello, el examinador presenta oralmente al sujeto una secuencia de letras y números desordenados. El examinado debe repetirla siguiendo un orden: primero los números, de menor a mayor, y después las letras, en orden alfabético.

El WAIS-III ha sido adaptado a población española. La fiabilidad para la subprueba *letras y números* es adecuada (z Fisher= 0,91; test-retest= ,70-,75) (Wechsler, 1999).

8.2.5.6. TEST DE CLASIFICACIÓN DE TARJETAS DE WISCONSIN

El “Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin” (*Wisconsin Card Sorting Test, WCST*; Heaton, Chelune, Talley, Kay y Curtiss, 2009) es una prueba ampliamente utilizada en evaluación neuropsicológica. Se centra en la valoración de la función ejecutiva, especialmente en la flexibilidad mental (Peña-Casanova et al., 2004).

La prueba consta en dos juegos idénticos de 64 cartas respuesta y cuatro cartas estímulo. Las cartas pueden ser clasificadas siguiendo 3 categorías: forma (triángulo, círculo, cruz y estrella), número (uno, dos, tres y cuatro elementos) y color (azul, amarillo, rojo y verde). La tarea consiste en pedir al sujeto que empareje las tarjetas respuesta con las tarjetas estímulo situadas frente a él. No se dan instrucciones acerca de qué criterio debe de seguir, sólo si la elección es correcta o no. Cuando la persona

evaluada empareja correctamente 10 tarjetas consecutivas, el examinador cambia el criterio correcto de clasificación sin aviso.

La administración de la prueba debe ser realizada por personal cualificado previamente entrenado. El tiempo de administración oscila entre 30-45 minutos.

EL WCST goza con adecuadas propiedades psicométricas. La fiabilidad interjueves es buena, ICC=,88 para *respuestas perseverativas*, ICC=,97 para *errores perseverativos* y ICC=,75 para *errores no perseverativos*. La consistencia interna (α de Cronbach) entre ,37 (en *porcentaje de errores perseverativos*) y ,72 (*errores no perseverativos*) (Heaton et al., 2009).

8.2.5.7. TEST DE ASOCIACIÓN CONTROLADA DE PALABRAS

El “Test de Asociación Controlada de Palabras” (*Verbal Fluency Test, FAS*; Benton, Hamsher y Sivan, 1994) es una prueba de fluidez verbal.

La tarea consiste en generar el mayor número de palabras que empiecen por las letras F, A, S en un tiempo concreto de un minuto. No se permite el uso de nombres propios ni de derivados de las palabras usadas. Tras esta prueba se administra la categoría semántica en la que el sujeto debe generar nombres de animales, independientemente de la letra por la que comience.

La puntuación obtenida es el número de palabras generadas.

8.3. PROCEDIMIENTO

El presente estudio de desarrolló siguiendo un diseño transversal, de tipo descriptivo.

La muestra participante fue reclutada desde los Servicios de Salud Mental del SESPA siguiendo los criterios descritos en el apartado 8.1.

Los participantes fueron informados de las características del estudio y aceptaron voluntariamente su inclusión en el mismo. Todos ellos firmaron un documento de consentimiento informado (ver anexo 2) elaborado para este fin.

La evaluación fue realizada en distintos días para garantizar una adecuada capacidad atencional. El tiempo transcurrido entre evaluaciones fue el menor posible, no superando el mes el tiempo total del proceso evaluador.

La estructura de la evaluación fue la siguiente. A la firma del consentimiento informado se entregaba a los sujetos los cuestionarios de autoevaluación (WHOQOL-BREF y SFS), se explicaba su cumplimentación y se aclaraban dudas al respecto. En una segunda entrevista, los sujetos participantes entregaban los cuestionarios, se comprobaba la completa realización de los mismos, se aclaraban dudas en el caso de que fuera necesario y se realizaba la entrevista de calidad de vida QLS y la hoja de datos sociodemográficos. En una tercera y última entrevista se realizaba el resto de la evaluación (PANSS, GAF y exploración neuropsicológica).

La duración total de la evaluación osciló entre las 2-3 horas.

8.4. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias (ver Anexo 3).

La participación en el presente estudio fue estrictamente voluntaria, pudiéndose negar a la misma sin que se produjera ningún cambio en su atención habitual, a excepción de que la inclusión en el estudio supuso la realización de una evaluación exhaustiva que permitió conocer con mayor exactitud el estado del paciente. La participación en el estudio consistió exclusivamente en la cumplimentación de los cuestionarios pertinentes así como la realización de una evaluación cognitiva y psicopatológica.

La colaboración en el presente estudio no conllevó ningún riesgo para el paciente. Igualmente, no se ha recibido ningún coste ni compensación económica por la colaboración en el mismo.

Toda la información recogida recibió un tratamiento confidencial.

8.5. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Tras la realización de las pruebas de evaluación y recolección de datos sociodemográficos se procedió al análisis de los mismos. Primeramente se realizó un análisis descriptivo para observar las características de la muestra. Tras éste, se realizó un análisis inferencial que permitiera poner a prueba las hipótesis plantadas. Dado que el tamaño de los grupos comparados es pequeño así como que en muchos casos los grupos no están equilibrados en cuanto a número de participantes, para poner a prueba las diferencias entre grupos se aplicaron análisis no paramétricos mediante la prueba de Mann-Whitney.

El estudio de la relación entre variables se realizó mediante el Coeficiente de Correlación de Pearson, ya que las variables seguían una distribución normal. Para la producción de modelos explicativos se emplearon regresiones múltiples con el método de pasos sucesivos.

El nivel de significación bilateral establecido *a priori* para todas las pruebas fue de ,05.

Los análisis estadísticos fueron llevados a cabo mediante el paquete estadístico SPSS versión 16.0 para Windows.

9. RESULTADOS

9.1. CALIDAD DE VIDA

El primer análisis realizado ha ido orientado a una descripción de las medidas de calidad de vida en nuestra muestra, a partir de medias y estadísticos de dispersión.

La escala WHOQOL-BREF presenta una media de 12,50 con una desviación típica de 2,03. La puntuación más baja fue de 7,75 y la puntuación más alta 16,50. El rango posible de la escala es de 0-20.

La escala QLS presenta una media de 66,09 con una desviación típica de 20,73. La puntuación más baja fue de 18 y la puntuación más alta 106.

Ambas escalas presentan distribuciones normales [WHOQOL-BREF $z=0,553$ $p=,920$ y QLS $z=0,644$ $p=,801$]. Además presentan valores de asimetría y curtosis dentro del rango entre -1 y 1. El Anexo 4 detalla todos los estadísticos descriptivos, diagramas de tallo y hojas y box-plots de las dos variables.

Las puntuaciones medias en las escalas de calidad de vida se recogen en las Tablas 6 y 7.

Tabla 6. Puntuaciones en calidad de vida mediante WHOQOL-BREF

| Dominios WHOQOL | Media | Desviación Típica |
|---------------------|-------|-------------------|
| Salud física | 12,26 | 2,35 |
| Salud psicológica | 12,29 | 2,68 |
| Relaciones sociales | 11,51 | 2,79 |
| Ambiente | 13,51 | 1,82 |

Tabla 7. Puntuaciones en calidad de vida mediante QLS

| Dominios QLS | Media | Desviación Típica |
|-------------------------------|-------|-------------------|
| Relaciones interpersonales | 22,19 | 9,83 |
| Rol instrumental | 8,72 | 4,07 |
| Funciones intrapsíquicas | 26,48 | 7,69 |
| Objetos y actividades comunes | 8,69 | 2,28 |

Las puntuaciones brutas obtenidas en la escala WHOQOL-BREF se convirtieron a puntuaciones transformadas (rango 0-20) siguiendo las indicaciones del manual del WHOQOL-BREF, con el objetivo de permitir comparaciones entre subescalas. Tal y como se refleja en la Tabla 6, el dominio *ambiente* es el que registra un mayor nivel de satisfacción con la vida. Por el contrario, el nivel más bajo se mostró en el dominio *relaciones sociales*, resultando estas diferencias estadísticamente significativas ($z=-5,22$ $p<,001$).

Para permitir la comparación entre las subescalas de la QLS se realizó una conversión de puntuaciones teniendo en cuenta su puntuación sobre el total (rango 0-100). Las puntuaciones transformadas a proporciones se muestran en la Tabla 8. Como se puede observar, el dominio *relaciones interpersonales* es en el que se recogen menores puntuaciones en calidad de vida mientras que en *objetos y actividades comunes*

se registran mayores puntuaciones, resultando estas diferencias estadísticamente significativas ($z=-6,88$ $p<,001$).

Tabla 8. Puntuaciones de proporciones en calidad de vida mediante QLS

| Dominios QLS | Media | Desviación Típica |
|-------------------------------|-------|-------------------|
| Relaciones interpersonales | 46,23 | 20,47 |
| Rol instrumental | 48,45 | 22,63 |
| Funciones intrapsíquicas | 63,06 | 18,32 |
| Objetos y actividades comunes | 72,42 | 19 |

Con el objetivo de valorar la validez concurrente de ambas escalas de calidad de vida se calculó la correlación entre las mismas. Los resultados muestran una correlación moderada pero positiva de $r=,298$ ($p=,014$), por lo que es necesario considerar ambas medidas para medir el constructo calidad de vida en la población de interés.

A continuación se presentan los resultados obtenidos que tratan de conocer la relación que existe entre la calidad de vida y diferentes tipos de variables.

9.2. CALIDAD DE VIDA Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

9.2.1. SEXO

De los 68 participantes que formaron parte del estudio, el 29,4% fueron mujeres ($N=20$) y el 70,6% hombres ($N=48$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala QLS [$z=-,364$ $p=,716$ $\eta^2=,2$] ni en la escala WHOQOL-BREF [$z=-1,840$ $p=,066$ $\eta^2=,0$].

9.2.2. LUGAR DE RESIDENCIA

En el lugar de residencia se hizo una distinción entre rural 36,8% ($N=25$) y urbano 63,2% ($N=43$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala WHOQOL-BREF [$z=-,140$ $p=,889$ $\eta^2=,02$] pero sí en la escala QLS [$z=-3,563$ $p=,001$ $\eta^2=,43$], donde el rango promedio en las zonas urbanas es superior (41,01) en comparación con las zonas rurales (23,30). A nivel de subescalas de la QLS se repite dicha tendencia, encontrándose diferencias en todas las subescalas excepto en *relaciones interpersonales*, Tabla 9.

Tabla 9. Diferencias en las subescalas de QLS según el lugar de residencia

| Dominios QLS | Población | Rango promedio | U de Mann-Whitney | W de Wilcoxon | Z | Sig. asintót. (bilateral) | η^2 |
|-------------------------------|-----------|----------------|-------------------|---------------|--------|---------------------------|----------|
| Relaciones Interpersonales | rural | 29,14 | 403,500 | 728,500 | -1,706 | ,088 | -,21 |
| | urbana | 37,62 | | | | | |
| Rol Instrumental | rural | 22,82 | 245,500 | 570,500 | -3,727 | <,001 | -,45 |
| | urbana | 41,29 | | | | | |
| Funciones Intrapsíquicas | rural | 22,26 | 231,500 | 556,500 | -3,897 | <,001 | -,47 |
| | urbana | 41,62 | | | | | |
| Objetos y actividades comunes | rural | 20,58 | 189,500 | 514,500 | -4,470 | <,001 | -,54 |
| | urbana | 42,59 | | | | | |

Nota: El tamaño del efecto (η^2) se interpreta en valor absoluto

9.2.3. EDAD

La edad no muestra una correlación estadísticamente significativa con la calidad de vida, ni con la QLS ($r=.183$ $p=.135$) ni con el WHOQOL-BREF ($r=.150$ $p=.222$). No obstante, haciendo una recodificación de la variable edad en cuatro grupos teniendo en cuenta las puntuaciones cuartiles: hasta los 38 (N=17; 25%); entre 38 y 48 (N=18; 26,5%); entre 49 y 55 (N=16; 23,5%); y más de 55 años (N=17; 25,0%) encontramos diferencias estadísticamente significativas en la escala QLS [$\chi^2(3)=8,556$ $p=.036$ $\eta^2=.27$]. Los rangos promedios fueron de 29,32 para el grupo de menor edad; 26,92 para el grupo de entre 38 a 48 años; 44,53 para el grupo de 44,53 años y de 38,26 para el grupo de más de 55 años. Haciendo comparaciones por pares de edad encontramos que estas diferencias son estadísticamente significativas para el grupo de menor edad con respecto al grupo de 49 a 55 años [$z=-2,163$ $p=.031$ $\eta^2=.38$] y para el grupo de 38 a 48 años con respecto al grupo de 49 a 55 años [$z=-2,297$ $p=.022$ $\eta^2=.39$]. Por tanto el grupo de 49 a 55 años presenta puntuaciones significativamente más altas que los grupos de menor edad.

Por subescalas, se encuentran diferencias en las subescalas de QLS en *relaciones interpersonales* y *rol instrumental*, Tabla 10.

Tabla 10. Diferencias en las subescalas de QLS según la edad

| Dominios QLS | Edad | Rango promedio | Chi-cuadrado | gl | Sig. asintót. | η^2 |
|-------------------------------|-------------------|----------------|--------------|----|---------------|----------|
| Relaciones Interpersonales | hasta los 38 años | 33,38 | 10,851 | 3 | ,013 | -,291 |
| | entre 38-48 | 26,42 | | | | |
| | entre 49-55 | 47,94 | | | | |
| | más de 55 años | 31,53 | | | | |
| Rol Instrumental | hasta los 38 años | 24,06 | 10,498 | 3 | ,015 | -,286 |
| | entre 38-48 | 31,11 | | | | |
| | entre 49-55 | 38,66 | | | | |
| | más de 55 años | 44,62 | | | | |
| Funciones Intrapsíquicas | hasta los 38 años | 28,91 | 7,077 | 3 | ,069 | -,233 |
| | entre 38-48 | 27,86 | | | | |
| | entre 49-55 | 42,16 | | | | |
| | más de 55 años | 39,91 | | | | |
| Objetos y actividades comunes | hasta los 38 años | 32,47 | 6,499 | 3 | ,090 | -,219 |
| | entre 38-48 | 26,14 | | | | |
| | entre 49-55 | 38,09 | | | | |
| | más de 55 años | 42,00 | | | | |

9.2.4. CONVIVENCIA

Los diferentes tipos de convivencia se sintetizaron en tres grupos: la persona vive sola (N=14; 20,6%); vive con su familia de origen (N=42; 61,8%) y convive con familia propia (N=12; 17,6%). No se encontraron diferencias en la escala WHOQOL-BREF [$\chi^2(2)=4,70$ $p=,095$ $\eta^2=,19$] ni en la QLS [$\chi^2(2)=4,96$ $p=,084$ $\eta^2=,21$].

No obstante, dicotomizando dicha variable entre convivir fuera de la familia de origen (N=26; 38,2%) y vivir con la familia de origen (N=42; 61,8%), se encuentran diferencias estadísticamente significativas en las dos escalas: QLS [$z=-1,932$ $p=,05$ $\eta^2=,23$] y en WHOQOL-BREF [$z=-2,034$ $p=,042$ $\eta^2=,25$]. En la escala QLS se encuentra una mayor rango promedio en el grupo que viven fuera de la familia de origen (40,38) en comparación con los que viven con la familia de origen (30,86) mientras que en la escala WHOQOL-BREF, el resultado es inverso, los que viven con la familia de origen presentan un mayor rango promedio (38,33) que los que viven fuera

de ella (28,31). Por subescalas encontramos diferencias en QLS en *rol instrumental* y en WHOQOL-BREF en el dominio de *salud física*, Tablas 11 y 12.

Tablas 11. Diferencias en las subescalas de QLS según el tipo de convivencia

| Dominios QLS | Convivencia con familia de origen | Rango promedio | U de Mann-Whitney | W de Wilcoxon | Z | Sig. asintót. (bilateral) | η^2 |
|-------------------------------|-----------------------------------|----------------|-------------------|---------------|--------|---------------------------|----------|
| Relaciones Interpersonales | no | 39,42 | 418,000 | 1321,000 | -1,617 | ,106 | -,20 |
| | si | 31,45 | | | | | |
| Rol Instrumental | no | 42,06 | 349,500 | 1252,500 | -2,488 | ,013 | -,30 |
| | si | 29,82 | | | | | |
| Funciones Intrapersonales | no | 38,98 | 429,500 | 1332,500 | -1,472 | ,141 | -,18 |
| | si | 31,73 | | | | | |
| Objetos y actividades comunes | no | 38,71 | 436,500 | 1339,500 | -1,396 | ,163 | -,17 |
| | si | 31,89 | | | | | |

Tabla 12. Diferencias en las subescalas de WHOQOL-BREF según el tipo de convivencia

| Dominios WHOQOL | Convivencia con familia de origen | Rango promedio | U de Mann-Whitney | W de Wilcoxon | Z | Sig. asintót. (bilateral) | η^2 |
|---------------------|-----------------------------------|----------------|-------------------|---------------|--------|---------------------------|----------|
| Salud Física | no | 27,38 | 361,000 | 712,000 | -2,355 | ,019 | -,29 |
| | si | 38,90 | | | | | |
| Salud Psicológica | no | 29,13 | 406,500 | 757,500 | -1,779 | ,075 | -,22 |
| | si | 37,82 | | | | | |
| Relaciones Sociales | no | 32,65 | 498,000 | 849,000 | -,617 | ,537 | -,07 |
| | si | 35,64 | | | | | |
| Ambiente | no | 29,27 | 410,000 | 761,000 | -1,741 | ,082 | -,21 |
| | si | 37,74 | | | | | |

9.2.5. ESTADO CIVIL

Las diferentes categorías de estado civil se recodificaron en dos, por una parte solteros (N=49; 72,1%) frente a otra categoría que recogía viudos, divorciados y separados (N=19; 27,9%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las escalas: ni en QLS [$z=-1,285$ $p=,199$ $\eta^2=,16$], ni en WHOQOL-BREF [$z=-1,040$ $p=,298$ $\eta^2=,13$].

9.2.6. EMPLEO

Las diferentes categorías de empleo fueron recodificadas en tres: activo (empleado y desempleado) (N=19; 27,9%); pensionista (N=44; 64,7%) y otros (N=5; 7,4%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala QLS [$\chi^2(2)=0,270$ $p=,874$ $\eta^2=,04$] ni en la escala WHOQOL-BREF [$\chi^2(2)=1,59$ $p=,451$ $\eta^2=,10$].

9.2.7. NIVEL DE ESTUDIOS

Los diferentes niveles de estudio fueron recodificados en las siguientes categorías: ninguno o sin finalizar primaria (N=9; 13,2%), EGB o Primaria (N=28; 41,2%), Secundaria (sin completar o completada) (N=25; 36,8%) y universidad (sin completar o completada) (N=6; 8,8%).

Los resultados indicaron que no existen diferencias estadísticamente significativas ni en la escala WHOQOL-BREF [$\chi^2(3)=4,903$ $p=,179$ $\eta^2=,17$] ni en la escala QLS [$\chi^2(3)=4,500$ $p=,212$ $\eta^2=,21$].

9.2.8. NÚMERO DE HERMANOS

La variable número de hermanos no correlaciona significativamente ni con la escala QLS ($r=,104$ $p=,398$), ni con la escala WHOQOL-BREF ($r=,077$ $p=,533$). Haciendo una categorización de la variable en menos de un hermano (N=18; 26,5%); entre uno y dos hermanos (N=18; 26,5%); entre dos y cuatro (N=20; 29,4%); y más de cuatro hermanos (N=12; 17,6%), tampoco se encuentran resultados estadísticamente significativos ni para la escala WHOQOL-BREF [$\chi^2(3)=1,503$ $p=,682$ $\eta^2=,09$] ni en la escala QLS [$\chi^2(3)=2,250$ $p=,522$ $\eta^2=,19$].

9.2.9. POSICIÓN EN EL NÚMERO DE HIJOS

Haciendo una categorización de la variable en ser el primero (N=31; 45,6%); del medio (N=24; 35,3%) o ser el último (N=13; 19,1%), no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la escala QLS [$\chi^2(2)=4,814$ $p=,090$ $\eta^2=,27$] ni en la escala WHOQOL-BREF [$\chi^2(2)=2,123$ $p=,346$ $\eta^2=,09$].

9.2.10. EDAD DE INICIO DEL TRASTORNO

La media de edad de inicio del trastorno fue de 26,10 años ($D.T.= 9,70$). La persona que tuvo un inicio más joven fue a los 10 años y la persona que más tarde manifestó la enfermedad fue a los cincuenta años. Esta variable presenta una correlación positiva y significativa con la escala QLS ($r=.324$ $p=.008$) mientras que la correlación con WHOQOL-BREF es muy baja y no significativa ($r=-.023$ $p=.854$). La Tabla 13 muestra las correlaciones significativas entre la edad de inicio y las distintas subescalas de QLS.

Tabla 13. Relación entre las subescalas de QLS y la edad de inicio del trastorno

| | | Relaciones Interpersonales | Rol Instrumental | Funciones Intrapsíquicas | Objetos y actividades comunes |
|----------------|------------------------|----------------------------|------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Edad de Inicio | Correlación de Pearson | ,196 | ,485** | ,284* | ,261* |
| | Sig. (bilateral) | ,113 | ,001 | ,02 | ,033 |

** La correlación es significativa al nivel ,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel ,05 (bilateral).

9.2.11. DIAGNÓSTICO

En cuanto al tipo de diagnóstico cabe señalar que 49 personas (72,1%) tienen como diagnóstico el tipo de esquizofrenia paranoide, 7 presentan una esquizofrenia de tipo hebefrénica (10,3%), 1 es indiferenciado (1,5%), 6 son residual (8,8%) y 5 son simples (7,4%). Dado el bajo tamaño de muestra de la categoría indiferenciado se excluyó de los análisis de comparaciones de medias.

Con respecto a la escala QLS se encuentran diferencias estadísticamente significativas [$\chi^2(3)=12,69$ $p=.005$ $\eta^2=.25$]. En concreto la tipología paranoide (rango promedio=38,85) con respecto a residual (22,83) y simple (12,20); entre hebefrenia (25,21) y residual. En cuanto a la significación de las subescalas, se encuentran diferencias en todas las subescalas excepto en relaciones interpersonales, Tabla 14. Con respecto a WHOQOL-BREF no se hallaron diferencias significativas [$\chi^2(3)=2,21$ $p=.530$ $\eta^2=.16$].

Tabla 14. Comparaciones entre las subescalas de QLS y el tipo de diagnóstico

| Dominios QLS | Diagnostico | Rango promedio | Chi-cuadrado | gl | Sig. asintót. | η^2 |
|-------------------------------|-------------|----------------|--------------|----|---------------|----------|
| Relaciones Interpersonales | paranoide | 37,99 | 7,780 | 3 | ,051 | -,15 |
| | hebefrénica | 24,64 | | | | |
| | residual | 23,42 | | | | |
| | simple | 20,70 | | | | |
| Rol Instrumental | paranoide | 37,32 | 8,655 | 3 | ,034 | -,33 |
| | hebefrénica | 33,86 | | | | |
| | residual | 24,50 | | | | |
| | simple | 13,10 | | | | |
| Funciones Intrapsíquicas | paranoide | 39,21 | 14,996 | 3 | ,002 | -,29 |
| | hebefrénica | 24,64 | | | | |
| | residual | 22,58 | | | | |
| | simple | 9,70 | | | | |
| Objetos y actividades comunes | paranoide | 38,20 | 11,938 | 3 | ,008 | -,35 |
| | hebefrénica | 21,86 | | | | |
| | residual | 32,58 | | | | |
| | simple | 11,50 | | | | |

9.2.12. NÚMERO DE INGRESOS

La media del número de ingresos en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica fue de 2,87 con una *DT* de 2,93. Once pacientes no tuvieron ingresos y un paciente tuvo trece ingresos. Las correlaciones de esta variables con las escalas de calidad de vida no son significativas y son bajas, para el QLS es prácticamente nula ($r=,007$ $p=,953$) y para WHOQOL-BREF es de $r=,070$, $p=,568$.

9.2.13. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Debido a la heterogeneidad del tipo de tratamiento neuroléptico encontrada entre los pacientes, para poder compararlos se realizó una transformación de la dosis recibida por cada paciente a dosis de Clorpromazina, según consenso (Andreasen, Pressler, Nopoulos, Miller y Ho, 2010; Rijcken, Monster, Brouwers y de Jong-van den Berg, 2003).

La media la dosis recibida fue de 982,0010 con una *DT* de 1290,07. La cantidad mínima fue de 210,52 y la cantidad máxima fue de 6500,00. No muestra una relación significativa con las escalas de calidad de vida: con QLS la correlación es de ,099 ($p=,953$) y con WHOQOL-BREF es de -,078 ($p=,568$).

9.3. PSICOPATOLOGÍA Y CALIDAD DE VIDA

Respecto a los subtest de la PANSS sólo se hallan relaciones significativas con respecto a la escala QLS, encontrando que la QLS se relaciona con la *psicopatología negativa* y la *psicopatología general*, en todos los dominios de la QLS excepto en *rol instrumental* (ver Tabla 15).

La escala WHOQOL-BREF no mostró relaciones significativas con la PANSS, a excepción de la subescala *salud psicológica* que se relaciona significativamente con la psicopatología general ($r=-,264$ $p=,032$).

Tabla 15. Relaciones entre puntuaciones en las escalas PANSS y QLS

| | | QLS Total | Relaciones Interpersonales | Rol Instrumental | Funciones Intrapsíquicas | Objetos y actividades |
|------------------------|------------------------|-----------------|----------------------------|------------------|--------------------------|-----------------------|
| Síndrome positivo | Correlación de Pearson | -,18 | -,17 | -,09 | -,17 | -,20 |
| | Sig. (bilateral) | ,14 | ,17 | ,46 | ,17 | ,11 |
| Síndrome negativo | Correlación de Pearson | -,55** | -,63** | -,22 | -,47** | -,37** |
| | Sig. (bilateral) | <,001 | <,001 | ,08 | <,001 | <,001 |
| Psicopatología general | Correlación de Pearson | -,39** | -,40** | -,20 | -,36** | -,26* |
| | Sig. (bilateral) | <,001 | <,001 | ,12 | <,001 | ,04 |

** . La correlación es significativa al nivel ,01 (bilateral).

* . La correlación es significante al nivel ,05 (bilateral).

9.4. CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONAMIENTO SOCIAL

La calidad de vida y el funcionamiento social se relacionaron significativamente en las distintas formas evaluadas.

Tabla 16. Relaciones entre puntuaciones en las escalas GAF y QLS

| | | QLS Total | Relaciones Interpersonales | Rol Instrumental | Funciones Intrapsíquicas | Objetos y actividades |
|-----|------------------------|-----------------|----------------------------|------------------|--------------------------|-----------------------|
| GAF | Correlación de Pearson | ,553** | ,636** | ,256* | ,432** | ,402** |
| | Sig. (bilateral) | <,001 | <,001 | ,04 | <,001 | ,001 |

** . La correlación es significativa al nivel ,01 (bilateral).

* . La correlación es significante al nivel ,05 (bilateral).

Tabla 17. Relaciones entre puntuaciones en las escalas SFS y QLS

| | | QLS Total | Relaciones interpersonales | Rol instrumental | Funciones intrapsíquicas | Objetos y actividades |
|----------------------------|------------------------|-----------------|----------------------------|------------------|--------------------------|-----------------------|
| SFS total | Correlación de Pearson | ,526** | ,483** | ,431** | ,438** | ,454** |
| | Sig. (bilateral) | <,001 | <,001 | <,001 | <,001 | <,001 |
| Aislamiento | Correlación de Pearson | ,267* | ,235 | ,308* | ,22 | ,122 |
| | Sig. (bilateral) | ,028 | ,054 | ,011 | ,071 | ,322 |
| Conducta interpersonal | Correlación de Pearson | ,415** | ,428** | ,313** | ,352** | ,175 |
| | Sig. (bilateral) | <,001 | <,001 | ,009 | ,003 | ,154 |
| Independencia -ejecución | Correlación de Pearson | ,419** | ,341** | ,422** | ,355** | ,384** |
| | Sig. (bilateral) | <,001 | ,004 | <,001 | ,003 | ,001 |
| Independencia -competencia | Correlación de Pearson | ,480** | ,384** | ,361** | ,489** | ,417** |
| | Sig. (bilateral) | <,001 | ,001 | ,002 | <,001 | <,001 |
| Ocio | Correlación de Pearson | ,299* | ,317** | ,184 | ,222 | ,274* |
| | Sig. (bilateral) | ,013 | ,008 | ,133 | ,069 | ,024 |
| Actividades prosociales | Correlación de Pearson | ,363** | ,326** | ,319** | ,283* | ,369** |
| | Sig. (bilateral) | ,002 | ,007 | ,008 | ,019 | ,002 |
| Empleo/ ocupación | Correlación de Pearson | ,216 | ,348** | -,049 | ,116 | ,156 |
| | Sig. (bilateral) | ,077 | ,004 | ,69 | ,347 | ,203 |

** . La correlación es significativa al nivel ,01 (bilateral).

* . La correlación es significante al nivel ,05 (bilateral).

En lo que respecta a la QLS, todos los dominios que la componen se relacionan significativamente con la escala GAF (ver Tabla 16). Si se tiene en cuenta el funcionamiento social evaluado a través de la escala SFS, también se encuentran relaciones significativas entre la mayor parte de dominios evaluados por las dos escalas (ver Tabla 17).

Tabla 18. Relaciones entre puntuaciones en las escalas SFS y WHOQOL-BREF

| | | Salud física | Salud psicológica | Relaciones sociales | Ambiente |
|---------------------------|------------------------|---------------|-------------------|---------------------|---------------|
| SFS total | Correlación de Pearson | ,244* | ,205 | ,320** | ,326** |
| | Sig. (bilateral) | ,045 | ,094 | ,008 | ,007 |
| Aislamiento | Correlación de Pearson | ,485** | ,457** | ,428** | ,429** |
| | Sig. (bilateral) | ,001 | ,001 | ,001 | ,001 |
| Conducta interpersonal | Correlación de Pearson | ,370** | ,421** | ,421** | ,461** |
| | Sig. (bilateral) | ,002 | ,001 | ,001 | ,001 |
| Independencia-ejecución | Correlación de Pearson | ,103 | ,025 | ,194 | ,178 |
| | Sig. (bilateral) | ,405 | ,837 | ,114 | ,147 |
| Independencia-competencia | Correlación de Pearson | ,247* | ,197 | ,155 | ,239* |
| | Sig. (bilateral) | ,042 | ,107 | ,206 | ,049 |
| Ocio | Correlación de Pearson | ,087 | ,032 | ,185 | ,133 |
| | Sig. (bilateral) | ,483 | ,798 | ,131 | ,279 |
| Actividades prosociales | Correlación de Pearson | ,106 | ,169 | ,207 | ,276* |
| | Sig. (bilateral) | ,389 | ,169 | ,09 | ,023 |
| Empleo/ocupación | Correlación de Pearson | ,136 | -,05 | ,165 | -,076 |
| | Sig. (bilateral) | ,269 | ,686 | ,178 | ,538 |

** La correlación es significativa al nivel ,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel ,05 (bilateral).

Por su parte, la escala WHOQOL-BREF no muestra una relación significativa con la escala GAF en ninguno de sus dominios. En cambio, si se tiene en cuenta el funcionamiento social evaluado a través de la escala SFS, se encuentran relaciones significativas de los distintos dominios de la WHOQOL-BREF con las puntuaciones totales de la SFS así como con los dominios *aislamiento, conducta interpersonal, independencia/competencia* y *actividades prosociales* (ver Tabla 18).

9.5. CALIDAD DE VIDA Y RENDIMIENTO COGNITIVO

9.5.1. ATENCIÓN Y VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO

La escala QLS no muestra o tiene una débil relación con las tareas de atención y velocidad de procesamiento, a excepción de la tarea realizada con el TMT-A, donde se observa una relación significativa con la puntuación QLS *total* y los dominios *relaciones interpersonales* y *objetos y actividades comunes* (ver Tabla 19).

Tabla 19. Relaciones entre puntuaciones en las tareas de atención y QLS

| | | QLS Total | Relaciones interpersonales | Rol instrumental | Funciones intrapíquicas | Objetos y actividades |
|---------------------|---------------------------|---------------|-------------------------------|---------------------|----------------------------|--------------------------|
| TMT-A | Correlación de Pearson | -,318* | -,384** | -,159 | -,212 | -,281* |
| | Sig. (bilateral) | ,01 | ,002 | ,211 | ,093 | ,025 |
| Dígitos directo | Correlación de Pearson | ,22 | ,217 | ,247* | ,145 | ,162 |
| | Sig. (bilateral) | ,08 | ,085 | ,049 | ,253 | ,201 |
| Clave de números | Correlación de Pearson | ,231 | ,157 | ,184 | ,259* | ,251 |
| | Sig. (bilateral) | ,076 | ,23 | ,16 | ,046 | ,053 |

** . La correlación es significativa al nivel ,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel ,05 (bilateral).

Respecto a la escala WHOQOL-BREF, no muestra relaciones significativas con ninguna tarea de atención y velocidad de procesamiento en ninguno de sus dominios, a excepción de dominio *relaciones sociales* que muestra una relación significativa con la tarea de clave de números ($r=-,255$ $p=,049$).

9.5.2. MEMORIA

Como se muestra en la Tabla 20, la escala QLS se relaciona significativamente con algunos aspectos de la memoria.

Tabla 20. Relaciones entre puntuaciones en las tareas de memoria y QLS.

| | | QLS Total | Relaciones interpersonales | Rol instrumental | Funciones intrapersonales | Objetos y actividades |
|------------------------|---------------------------|--------------|-------------------------------|---------------------|------------------------------|--------------------------|
| HVLТ Corto plazo | Correlación de Pearson | ,217 | ,250* | ,085 | ,195 | ,108 |
| | Sig. (bilateral) | ,085 | ,047 | ,503 | ,122 | ,398 |
| HVLТ Largo plazo | Correlación de Pearson | ,256* | ,222 | ,132 | ,267* | ,252* |
| | Sig. (bilateral) | ,041 | ,077 | ,297 | ,033 | ,044 |
| HVLТ Discriminación | Correlación de Pearson | ,206 | ,257* | ,048 | ,151 | ,191 |
| | Sig. (bilateral) | ,103 | ,04 | ,704 | ,233 | ,13 |

** La correlación es significativa al nivel ,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel ,05 (bilateral).

La escala WHOQOL-BREF no se relacionó significativamente con el rendimiento en memoria, en ninguno de los dominios evaluados.

9.5.3. MEMORIA DE TRABAJO

No se encontró ninguna relación significativa entre la QLS y el WHOQOL-BREF y las tareas de memoria de trabajo (TMT-B, dígitos inverso y letras y números).

9.5.4. FUNCIONES EJECUTIVAS

En cuanto a la relación entre las funciones ejecutivas evaluadas a través del WCST y la calidad de vida, se encontró una débil relación entre el WCST y la QLS, dado que únicamente el dominio *relaciones interpersonales* se relacionó significativamente con el *número de categorías* del WCST ($r=,267$ $p=,033$), no encontrándose otras relaciones significativas.

La escala WHOQOL-BREF no se relacionó significativamente con el WCST en ninguno de los dominios evaluados.

En lo que respecta a la evaluación cognitiva a través de la tarea FAS, la escala QLS se relacionó significativamente con el rendimiento en la categoría *animales*, tanto en la puntuación QLS total como en todos los dominios excepto en *rol instrumental* (ver Tabla 21). El rendimiento en la categoría *letras* no se relacionó significativamente con ningún dominio de la QLS.

Tabla 21. Relaciones entre puntuaciones en la tarea FAS animales y QLS

| | | QLS Total | Relaciones interpersonales | Rol instrumental | Funciones intrapsíquicas | Objetos y actividades |
|--------------|------------------------|---------------|----------------------------|------------------|--------------------------|-----------------------|
| FAS animales | Correlación de Pearson | ,339** | ,355** | ,205 | ,287* | ,256* |
| | Sig. (bilateral) | ,006 | ,004 | ,105 | ,022 | ,041 |

** La correlación es significativa al nivel ,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel ,05 (bilateral).

La escala WHOQOL-BREF no se relacionó significativamente con el rendimiento en el FAS en ninguno de los dominios evaluados.

9.6. ENTORNO

Como influencia del entorno se tuvo en cuenta el vivir en un entorno rural o en un entorno urbano.

9.6.1. ENTORNO Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables sociodemográficas entre las personas pertenecientes al medio rural y urbano, a excepción de la edad, la edad de inicio del trastorno y la dosis de tratamiento farmacológico.

Los pacientes del medio rural son más jóvenes ($z=-2,374$ $p=,018$ $\eta^2=-,29$), iniciaron el trastorno a una edad más temprana ($z=-2,076$ $p=,038$ $\eta^2=-,25$) y reciben una dosis de

tratamiento neuroléptico menor ($z=-2,163$ $p=,031$ $\eta^2=,26$) que los pacientes del medio urbano.

9.6.2. ENTORNO Y CALIDAD DE VIDA

Tal y como se describió en el apartado 9.2.2., se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el medio rural y urbano en cuanto a la QLS, mostrando los pacientes pertenecientes al medio urbano mayores puntuaciones. No se hallaron diferencias significativas en cuanto a la escala WHOQOL-BREF.

Si tenemos en cuenta qué variables influyen en la calidad de vida de las personas de uno u otro medio se encuentran las siguientes diferencias.

9.6.2.1. CALIDAD DE VIDA, PSICOPATOLOGÍA Y ENTORNO

Respecto a la calidad de vida evaluada con la QLS, mientras que en los pacientes del medio urbano se encuentra una relación significativa entre la psicopatología *positiva, la negativa y la general* y la puntuación total de la QLS y alguno de sus dominios (ver Tabla 22), en los pacientes del medio rural sólo se encontró relación entre la psicopatología negativa y la QLS (ver Tabla 23).

Tabla 22. Relación entre PANSS y QLS en entorno urbano

| | | QLS Total | Relaciones interpersonales | Rol instrumental | Funciones intrapersonales | Objetos y actividades |
|----------------------------|---------------------------|----------------|-------------------------------|---------------------|------------------------------|--------------------------|
| Psicopatología positiva | Correlación de Pearson | -,370* | -,432** | -,113 | -,311* | -,238 |
| | Sig. (bilateral) | ,017 | ,005 | ,482 | ,048 | ,135 |
| Psicopatología negativa | Correlación de Pearson | -,554** | -,651** | -,188 | -,459** | -,317* |
| | Sig. (bilateral) | ,001 | ,001 | ,239 | ,003 | ,043 |
| Psicopatología general | Correlación de Pearson | -,498** | -,516** | -,265 | -,477** | -,201 |
| | Sig. (bilateral) | ,001 | ,001 | ,094 | ,002 | ,207 |

** . La correlación es significativa al nivel ,01 (bilateral).

* . La correlación es significante al nivel ,05 (bilateral).

Tabla 23. Relación entre PANSS y QLS en entorno rural

| | | QLS Total | Relaciones interpersonales | Rol instrumental | Funciones intrapsíquicas | Objetos y actividades |
|-------------------------|------------------------|----------------|----------------------------|------------------|--------------------------|-----------------------|
| Psicopatología positiva | Correlación de Pearson | ,34 | ,342 | ,258 | ,276 | ,131 |
| | Sig. (bilateral) | ,097 | ,094 | ,214 | ,182 | ,532 |
| Psicopatología negativa | Correlación de Pearson | -,508** | -,557** | -,108 | -,431* | -,346 |
| | Sig. (bilateral) | ,009 | ,004 | ,607 | ,032 | ,09 |
| Psicopatología general | Correlación de Pearson | -,093 | -,184 | ,177 | -,048 | -,074 |
| | Sig. (bilateral) | ,659 | ,378 | ,398 | ,818 | ,726 |

** . La correlación es significativa al nivel ,01 (bilateral).

* . La correlación es significante al nivel ,05 (bilateral).

Similares resultados a los encontrados con la QLS y la PANSS se encuentran con el WHOQOL-BREF y la PANSS. Así, mientras que en los pacientes del medio urbano hay una relación significativa entre la *psicopatología positiva, negativa y general* con alguno de los dominios del WHOQOL-BREF (ver Tabla 24), en los pacientes del medio rural no se encuentran relaciones significativas entre las PANSS y el WHOQOL-BREF en ningún dominio excepto en el dominio *relaciones sociales y psicopatología negativa*, donde la relación sí es significativa ($r=,526$ $p=,007$).

Tabla 24. Relación entre PANSS y WHOQOL-BREF en entorno urbano

| | | Salud física | Salud psicológica | Relaciones sociales | Ambiente |
|-------------------------|------------------------|----------------|-------------------|---------------------|---------------|
| Psicopatología positiva | Correlación de Pearson | -,217 | -,347* | -,294 | -,158 |
| | Sig. (bilateral) | ,172 | ,026 | ,062 | ,323 |
| Psicopatología negativa | Correlación de Pearson | -,387* | -,321* | -,184 | -,365* |
| | Sig. (bilateral) | ,012 | ,041 | ,249 | ,019 |
| Psicopatología general | Correlación de Pearson | -,450** | -,568** | -,278 | -,342* |
| | Sig. (bilateral) | ,003 | ,001 | ,078 | ,028 |

** . La correlación es significativa al nivel ,01 (bilateral).

* . La correlación es significante al nivel ,05 (bilateral).

9.6.2.2. CALIDAD DE VIDA, FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y ENTORNO

En este apartado se analizará si el funcionamiento social tiene una influencia diferencial en la calidad de vida según se habite en un entorno rural o urbano.

Con respecto a nivel de funcionamiento evaluado a través de la escala GAF, encontramos que tanto en el entorno urbano como en el rural la escala GAF ejerce una influencia significativa sobre todos los dominios de la QLS excepto *rol instrumental* donde la diferencia no es significativa en ninguno de los dos entornos, y *en objetos y actividades comunes* que resulta significativa en el entorno rural pero no en el urbano (ver Tablas 25 y 26).

Tabla 25. Relaciones entre puntuaciones en las escalas GAF y QLS en el entorno urbano

| | | QLS Total | Relaciones Interpersonales | Rol Instrumental | Funciones Intrapsíquicas | Objetos y actividades |
|-----|------------------------|---------------|----------------------------|------------------|--------------------------|-----------------------|
| GAF | Correlación de Pearson | ,537** | ,615** | ,165 | ,489** | ,267 |
| | Sig. (bilateral) | ,001 | ,001 | ,302 | ,001 | ,092 |

** . La correlación es significativa al nivel ,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel ,05 (bilateral).

Tabla 26. Relaciones entre puntuaciones en las escalas GAF y QLS en el entorno rural

| | | QLS Total | Relaciones Interpersonales | Rol Instrumental | Funciones Intrapsíquicas | Objetos y actividades |
|-----|------------------------|---------------|----------------------------|------------------|--------------------------|-----------------------|
| GAF | Correlación de Pearson | ,635** | ,666** | ,395 | ,403* | ,652** |
| | Sig. (bilateral) | ,001 | <,001 | ,051 | ,046 | <,001 |

** . La correlación es significativa al nivel ,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel ,05 (bilateral).

En cuanto a la relación entre las escalas GAF y WHOQOL-BREF, mientras que en el entorno urbano se encuentran relaciones significativas en todos los dominios, a excepción del dominio *relaciones sociales* (ver Tabla 27), en el entorno rural sólo se

encuentran relaciones significativas entre la GAF y el WHOQOL-BREF en el dominio *salud psicológica* ($r=-,414$ $p=,04$).

Tabla 27. Relaciones entre puntuaciones en las escalas GAF y WHOQOL-BREF en el entorno urbano

| | | Salud física | Salud psicológica | Relaciones sociales | Ambiente |
|-----|------------------------|--------------|-------------------|---------------------|--------------|
| GAF | Correlación de Pearson | ,385* | ,395* | ,179 | ,382* |
| | Sig. (bilateral) | ,013 | ,011 | ,263 | ,014 |

** . La correlación es significativa al nivel ,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel ,05 (bilateral).

Si tenemos en cuenta el funcionamiento social evaluado a través de la escala SFS, también encontramos diferencias en la influencia del funcionamiento social en la calidad de vida en uno u otro entorno. Así, mientras que en el entorno urbano se encuentran relaciones significativas entre la SFS y la QLS en varios de los dominios evaluados (ver Tabla 28), en el entorno rural solo encontramos relaciones significativas entre el dominio *independencia/competencia* de la SFS y la *QLS total* ($r=,598$ $p=,002$), y los dominios *relaciones interpersonales* ($r=,513$ $p=,009$), *funciones intrapsíquicas* ($r=,596$ $p=,002$) y *objetos y actividades comunes* ($r=,563$ $p=,003$) y el dominio *empleo/ocupación* de la SFS y el dominio *relaciones interpersonales* de la QLS ($r=,490$ $p=,013$).

En cuanto a la relación entre la SFS y el WHOQOL-BREF, nuevamente nos encontramos que, mientras que en el entorno urbano se relacionan significativamente (ver Tabla 29), en el entorno rural sólo se encuentran relaciones significativas entre el dominio *aislamiento* de la SFS y los dominios *relaciones sociales* ($r=,529$ $p=,007$) y *ambiente* ($r=,423$ $p=,035$) del WHOQOL-BREF, y el dominio *conducta interpersonal* de la SFS y todos los dominios del WHOQOL-BREF, *salud física* ($r=,616$ $p=,001$), *salud psicológica* ($r=,472$ $p=,017$), *relaciones sociales* ($r=,634$ $p=,001$) y *ambiente* ($r=,551$ $p=,004$).

Tabla 28. Relaciones entre puntuaciones en las escalas SFS y QLS en el entorno urbano

| | | QLS Total | Relaciones Interpersonales | Rol Instrumental | Funciones Intrapsíquicas | Objetos y actividades |
|----------------------------|------------------------|---------------|----------------------------|------------------|--------------------------|-----------------------|
| SFS total | Correlación de Pearson | ,543** | ,433** | ,448** | ,538** | ,432** |
| | Sig. (bilateral) | ,001 | ,004 | ,003 | ,001 | ,004 |
| Aislamiento | Correlación de Pearson | ,453** | ,349* | ,417** | ,453** | ,315* |
| | Sig. (bilateral) | ,002 | ,022 | ,005 | ,002 | ,04 |
| Conducta interpersonal | Correlación de Pearson | ,497** | ,474** | ,358* | ,439** | ,299 |
| | Sig. (bilateral) | ,001 | ,001 | ,019 | ,003 | ,052 |
| Independencia -ejecución | Correlación de Pearson | ,413** | ,301* | ,434** | ,404** | ,287 |
| | Sig. (bilateral) | ,006 | ,049 | ,004 | ,007 | ,062 |
| Independencia -competencia | Correlación de Pearson | ,410** | ,263 | ,429** | ,441** | ,338* |
| | Sig. (bilateral) | ,006 | ,088 | ,004 | ,003 | ,027 |
| Ocio | Correlación de Pearson | ,335* | ,29 | ,205 | ,333* | ,304* |
| | Sig. (bilateral) | ,028 | ,06 | ,188 | ,029 | ,047 |
| Actividades prosociales | Correlación de Pearson | ,414** | ,335* | ,296 | ,423** | ,355* |
| | Sig. (bilateral) | ,006 | ,028 | ,054 | ,005 | ,019 |
| Empleo/ ocupación | Correlación de Pearson | ,201 | ,259 | ,03 | ,118 | ,219 |
| | Sig. (bilateral) | ,197 | ,094 | ,849 | ,451 | ,158 |

** . La correlación es significativa al nivel ,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel ,05 (bilateral).

Tabla 29. Relaciones entre puntuaciones en las escalas SFS y WHOQOL-BREF en el entorno urbano

| | | Salud física | Salud psicológica | Relaciones sociales | Ambiente |
|---------------------------|------------------------|---------------|-------------------|---------------------|---------------|
| SFS total | Correlación de Pearson | ,384* | ,411** | ,341* | ,441** |
| | Sig. (bilateral) | ,011 | ,006 | ,025 | ,003 |
| Aislamiento | Correlación de Pearson | ,619** | ,562** | ,387* | ,432** |
| | Sig. (bilateral) | ,001 | ,001 | ,01 | ,004 |
| Conducta interpersonal | Correlación de Pearson | ,177 | ,390** | ,281 | ,408** |
| | Sig. (bilateral) | ,258 | ,01 | ,067 | ,007 |
| Independencia-ejecución | Correlación de Pearson | ,323* | ,276 | ,320* | ,353* |
| | Sig. (bilateral) | ,035 | ,073 | ,036 | ,02 |
| Independencia-competencia | Correlación de Pearson | ,381* | ,438** | ,159 | ,439** |
| | Sig. (bilateral) | ,012 | ,003 | ,307 | ,003 |
| Ocio | Correlación de Pearson | ,144 | ,217 | ,166 | ,207 |
| | Sig. (bilateral) | ,356 | ,162 | ,288 | ,183 |
| Actividades prosociales | Correlación de Pearson | ,234 | ,268 | ,233 | ,298 |
| | Sig. (bilateral) | ,131 | ,082 | ,133 | ,052 |
| Empleo/ocupación | Correlación de Pearson | ,189 | ,023 | ,285 | ,178 |
| | Sig. (bilateral) | ,224 | ,885 | ,064 | ,254 |

** . La correlación es significativa al nivel ,01 (bilateral).

* . La correlación es significante al nivel ,05 (bilateral).

9.6.2.3. CALIDAD DE VIDA, RENDIMIENTO COGNITIVO Y ENTORNO

9.6.2.3.1. ATENCIÓN Y VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO

Si tenemos en cuenta la calidad de vida evaluada a través de la QLS, no encontramos relaciones significativas entre las tareas de atención y velocidad de procesamiento en el medio urbano. En cambio, en el entorno rural, si se encuentran algunas relaciones (ver Tabla 30).

Tabla 30. Relaciones entre puntuaciones tareas de atención y velocidad de procesamiento en el entorno rural

| | | QLS Total | Relaciones Interpersonales | Rol Instrumental | Funciones Intrapsíquicas | Objetos y actividades |
|------------------|------------------------|---------------|----------------------------|------------------|--------------------------|-----------------------|
| TMT-A | Correlación de Pearson | -,483* | -,466* | -,324 | -0,37 | -,579** |
| | Sig. (bilateral) | ,019 | ,025 | ,132 | ,083 | ,004 |
| Dígitos directo | Correlación de Pearson | ,187 | ,188 | ,23 | ,091 | ,2 |
| | Sig. (bilateral) | ,394 | ,391 | ,29 | ,679 | ,361 |
| Clave de números | Correlación de Pearson | ,265 | ,148 | ,121 | ,328 | ,513* |
| | Sig. (bilateral) | ,233 | ,511 | ,591 | ,136 | ,015 |

** . La correlación es significativa al nivel ,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel ,05 (bilateral).

Con respecto al WHOQOL-BREF, no se encuentran relaciones significativas entre las tareas de atención y velocidad de procesamiento y el WHOQOL-BREF ni en el entorno rural ni en el urbano, a excepción del dominio *relaciones sociales* y *clave de números* cuya relación si resulta significativa en el entorno urbano ($r=-,331$ $p=,042$).

9.6.2.3.2. MEMORIA

En el análisis de la relación entre la ejecución en pruebas de memoria como el HVLT y la calidad de vida, encontramos leves diferencias en el entorno rural y urbano. Así, si consideramos la QLS, en el medio urbano no se encuentra ninguna relación significativa entre ésta y el HVLT. En el medio rural, sólo se encuentran relaciones significativas entre el dominio *objetos y actividades comunes* del QLS y el HVLT a *corto plazo* ($r=,545$ $p=,007$) y a *largo plazo* ($r=,507$ $p=,014$).

En lo que respecta a la escala WHOQOL-BREF, no se encuentran relaciones significativas en ninguno de los dos entornos a excepción del dominio *salud física* del WHOQOL y la tarea de *discriminación* del HVLT en el entorno rural ($r=-,509$ $p=,013$).

9.6.2.3.3. MEMORIA DE TRABAJO

En cuanto a la memoria de trabajo, no se encuentran relaciones significativas en ninguna de las tareas realizadas, ni con la escala QLS ni con el WHOQOL-BREF, ni en el entorno rural ni en el urbano.

9.6.2.3.4. FUNCIONES EJECUTIVAS

Respecto a la relación entre la escala QLS y el WCST se encuentran resultados distintos en función del medio. Así, mientras que en el entorno urbano no se hallan relaciones significativas entre la escala QLS y el WCST en ninguno de los dominios evaluados, en el medio rural sí se encuentran varias variables relacionadas (ver Tabla 31).

Tabla 31. Relaciones entre puntuaciones en WCST y QLS en el entorno rural

| | | QLS Total | Relaciones Interpersonales | Rol Instrumental | Funciones Intrapsíquicas | Objetos y actividades |
|-------------------------------|------------------------|-----------|----------------------------|------------------|--------------------------|-----------------------|
| Errores | Correlación de Pearson | -,386 | -,279 | -,289 | -,420* | -,435* |
| | Sig. (bilateral) | ,069 | ,197 | ,181 | ,046 | ,038 |
| Errores perseverativos | Correlación de Pearson | -,502* | -,428* | -,316 | -,504* | -,476* |
| | Sig. (bilateral) | ,015 | ,042 | ,142 | ,014 | ,022 |
| Respuestas a nivel conceptual | Correlación de Pearson | ,439* | ,337 | ,274 | ,484* | ,456* |
| | Sig. (bilateral) | ,036 | ,115 | ,205 | ,019 | ,029 |
| Categorías | Correlación de Pearson | ,439* | ,363 | ,277 | ,449* | ,443* |
| | Sig. (bilateral) | ,036 | ,089 | ,2 | ,032 | ,034 |

** . La correlación es significativa al nivel ,01 (bilateral).

* . La correlación es significante al nivel ,05 (bilateral).

En el WHOQOL-BREF se hallan similares resultados, ya que no se encuentran relaciones significativas entre el WCST y el WHOQOL-BREF en ninguno de los dos entornos, a excepción del dominio *ambiente* del WHOQOL-BREF que se relaciona significativamente con los *errores* del WCST en el medio urbano ($r=-,340$ $p=,03$).

En lo que respecta a la tarea FAS y su relación con la QLS, se encuentran relaciones significativas en la categoría *animales* del FAS y la *QLS total*, tanto en el entorno urbano ($r=,320$ $p=,041$) como en el rural ($r=,436$ $p=,037$), y en el dominio *relaciones interpersonales*, en el medio urbano ($r=,329$ $p=,036$) y rural ($r=,415$ $p=,049$). No se encuentran otras relaciones significativas entre el FAS y la escala QLS en el medio urbano. En cambio, en el medio rural, también se relacionan significativamente el dominio del QLS *objetos y actividades comunes* con la categoría *animales* del FAS ($r=,500$ $p=,015$) y la categoría *letras* del FAS ($r=,490$ $p=,018$).

En cuanto al WHOQOL-BREF, éste no se relaciona significativamente con el FAS ni en el medio rural ni en el urbano.

9.6.3. ENTORNO Y PSICOPATOLOGÍA

Respecto a la psicopatología, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes del medio rural y urbano en *psicopatología positiva* y *psicopatología general*, mostrando los pacientes del medio rural una mayor psicopatología (ver Tabla 32).

Tabla 32. Diferencias en la escala PANSS según el lugar de residencia

| Dominios QLS | Convivencia | Rango promedio | U de Mann-Whitney | W de Wilcoxon | Z | Sig. asintót. (bilateral) | η^2 |
|-------------------------|-------------|----------------|-------------------|---------------|--------|---------------------------|----------|
| Psicopatología positiva | rural | 39,56 | 361,000 | 1222,000 | -2,014 | ,044 | -,24 |
| | urbana | 29,80 | | | | | |
| Psicopatología negativa | rural | 37,56 | 411,000 | 1272,000 | -1,345 | ,178 | -,16 |
| | urbana | 31,02 | | | | | |
| Psicopatología general | rural | 39,64 | 359,000 | 1220,000 | -2,034 | ,042 | -,25 |
| | urbana | 29,76 | | | | | |

9.6.4. ENTORNO Y FUNCIONAMIENTO SOCIAL

No se encontraron diferencias significativas en el funcionamiento social de las personas del entorno rural y urbano, ni en la escala GAF ni en la SFS, en ninguno de los dominios evaluados.

9.6.5. ENTORNO Y RENDIMIENTO COGNITIVO

Con respecto al rendimiento cognitivo evaluado mediante distintas pruebas neuropsicológicas, no se encontraron diferencias significativas entre las personas del medio rural y urbano en ninguna de las variables evaluadas.

9.7. ANÁLISIS PREDICTIVOS Y EXPLICATIVOS

9.7.1. ESCALA QLS

9.7.1.1. MODELO GENERAL

Se llevaron a cabo distintos análisis de regresión múltiple con el método de pasos sucesivos, en donde la variable criterio (o dependiente) fue la puntuación total en la escala QLS y las variables predictoras (o independientes) fueron variables sociodemográficas y clínicas que resultaron ser significativas en los análisis de correlaciones. Estas variables fueron introducidas del siguiente modo: en primer lugar se hizo un análisis de regresión con las variables sociodemográficas (modelo I), en segundo lugar se hizo un análisis con variables clínicas (modelo II) y en tercer lugar se hizo un análisis con las variables que resultaron significativas en los anteriores análisis (modelo III). El modelo I explica un porcentaje de varianza corregida del 17,7% ($R^2=,435$ y R^2 corregido= $,435$), es estadísticamente significativo ($F(1,67)=15,371$ $p=,001$); el modelo II explica un 64,6% de la varianza ($R^2=,680$ y R^2 corregido= $,646$), es estadísticamente significativo ($F(6,62)=19,849$ $p=,001$) y el modelo III explica un 68,0% ($R^2=,716$ y R^2 corregido= $,680$), es estadísticamente significativo ($F(7,64)=22,6951$ $p=,001$). Los predictores significativos se recogen en la Tabla 33.

Tabla 33. Predictores sociodemográficos y clínicos de la puntuación QLS en pacientes con esquizofrenia

| Variables | QLS | | | | | |
|----------------------------------|---------------|-----------------|--------------|-----------------|------------|-----------------|
| | Modelo I | | Modelo II | | Modelo III | |
| | β | <i>p.</i> | β | <i>p.</i> | β | <i>p.</i> |
| Sociodemográficas | | | | | | |
| Lugar de residencia ^a | -0,435 | <,001 | | | -,286 | <,001 |
| Convivencia ^b | - | >,05 | | | | |
| Edad | - | >,05 | | | | |
| Clínicas | | | | | | |
| Diagnóstico ^c : | | | | | | |
| paranoide | | | - | >,05 | | |
| hebefrenia | | | - | >,05 | | |
| residual | | | -,178 | <,05 | -,207 | <,05 |
| simple | | | -,288 | <,001 | -,260 | <,001 |
| Edad de inicio | | | ,270 | <,05 | ,200 | <,05 |
| PANSS Negativo | | | - | >,05 | | |
| PANSS Psicopatología General | | | - | >,05 | | |
| GAF | | | ,447 | <,001 | ,447 | <,001 |
| SFS TOTAL | | | - | >,05 | | |
| SFS Aislamiento | | | - | >,05 | | |
| SFS Conducta interpersonal | | | ,212 | <,05 | ,172 | <,05 |
| SFS Independencia-ejecución | | | - | >,05 | | |
| SFS Independencia-competencia | | | ,204 | <,05 | ,192 | <,05 |
| SFS Ocio | | | - | >,05 | | |
| SFS Actividades prosociales | | | - | >,05 | | |
| TMT-A | | | - | >,05 | | |
| HVLT Largo plazo | | | - | >,05 | | |

Nota: lugar de residencia (0=rural; 1=urbano)^a; convivencia (0=familia de origen; 1=sólo)^b; diagnóstico (variables dummies: 0=no presentar el diagnóstico; 1=presentar diagnóstico de paranoide, hebefrenia etc.)^c; el resto de variables son variables continuas que fueron centradas en la media; β = coeficiente estandarizado; *p*= *p*-valor.

9.7.1.2. MODELOS DE VARIABLES CLÍNICAS PARA EL ENTORNO (RURAL Y URBANO)

Dado que el lugar de residencia es un predictor de la calidad de vida, se han elaborado distintos modelos de regresión de las variables clínicas dependiendo del tipo de población (rural o urbano). Las variables clínicas seleccionadas fueron aquellas que mostraron una correlación significativa con QLS en población rural o urbana (ver Tabla 34).

Tabla 34. Predictores clínicos de la puntuación QLS en población rural y urbana

| | | QLS | |
|---|------------------------------------|--------------|----------------|
| | | β | p . |
| Rural R ² =,452; R ² corregido=,426 F(1,22)=17,329 p= ,001 | PANSS Negativo | - | >,05 |
| | GAF | 0,672 | <,05 |
| | SFS Total | - | >,05 |
| | TMT-A | - | >,05 |
| | WCST Errores perseverativos | - | >,05 |
| | WCST Respuestas a nivel conceptual | - | >,05 |
| | WCST Categorías | - | >,05 |
| Urbano R ² =,423; R ² corregido=,393 F(2,40)=13,945 p=,001 | PANSS Positivo | - | >,05 |
| | PANSS Negativo | -,406 | <,05 |
| | PANSS Psicopatología General | - | >,05 |
| | GAF | - | >,05 |
| | SFS Total | ,372 | <,05 |
| | SFS Aislamiento | - | >,05 |
| | SFS Conducta interpersonal | - | >,05 |
| | SFS Independencia- ejecución | - | >,05 |
| SFS Independencia- competencia | - | >,05 | |

Nota: β = coeficiente estandarizado; p = p-valor

En el caso de la población rural, el modelo explica un porcentaje de varianza del 42,6% (R²corregido=,426) y la escala GAF resulta ser un predictor significativo de calidad de vida. En la población urbana, el modelo explica un 42,3% de la varianza (R²corregido=,5423) y como factores predictivos emergen el dominio *psicopatología negativa* de la PANSS y la escala SFS total.

9.7.1.3. MODELOS DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS PARA LAS SUBESCALAS DE QLS

Se repitieron los análisis que se hicieron con la puntuación global de calidad de vida con cada una de las dimensiones de la escala QLS, Tabla 35.

Tabla 35. Análisis de regresión entre QLS y las variables sociodemográficas y clínicas

| | | QLS | | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| | | Modelo I | | Modelo II | | Modelo III | |
| | | β | $p.$ | β | $p.$ | β | $p.$ |
| Relaciones interpersonales | Edad | - | >,05 | | | | |
| | Diagnostico | | | | | | |
| | paranoide | 0,335 | <,05 | | | ,254 | <,05 |
| | hebefrenia | - | >,05 | | | | |
| | residual | - | >,05 | | | | |
| | simple | - | >,05 | | | | |
| | PANSS Negativo | | | -,299 | <,05 | - | >,05 |
| | PANSS Compuesta | | | - | >,05 | | |
| | PANSS Psicopatología general | | | - | >,05 | | |
| | GAF | | | ,351 | <,05 | ,539 | <,001 |
| | SFS Conducta interpersonal | | | ,301 | <,05 | ,267 | <,05 |
| | SFS Independencia- ejecución | | | - | >,05 | | |
| | SFS Independencia- competencia | | | - | >,05 | | |
| | SFS Ocio | | | - | >,05 | | |
| | SFS Actividades prosociales | | | - | >,05 | | |
| | SFS Empleo | | | ,186 | <,05 | ,209 | <,05 |
| | TMT-A | | | - | >,05 | | |
| | HVLT corto plazo | | | - | >,05 | | |
| | HVLT Discriminación | | | - | >,05 | | |
| | WCST Categorías | | | - | >,05 | | |
| Rol instrumental | Lugar de residencia | ,347 | <,05 | | | ,293 | <,001 |
| | Edad | - | >,05 | | | | |
| | Convivencia | - | >,05 | | | | |
| | Edad de inicio | ,412 | <,001 | | | ,323 | <,001 |
| | Diagnostico | | | | | | |
| | paranoide | - | >,05 | | | | |
| | hebefrenia | - | >,05 | | | | |
| | residual | -,299 | <,05 | | | -,326 | <,001 |
| | simple | -,211 | <,05 | | | -,238 | <,05 |
| | GAF | | | - | >,05 | | |
| | SFS Aislamiento | | | - | >,05 | | |
| | SFS Conducta interpersonal | | | 0,288 | <,05 | - | >,05 |
| SFS Independencia- ejecución | | | 0,346 | <,05 | ,306 | <,05 | |
| SFS Independencia- competencia | | | - | >,05 | | | |
| SFS Actividades prosociales | | | - | >,05 | | | |
| Dígitos directo | | | - | >,05 | | | |

| | | | | | | |
|--|-------------------------------|---------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | Lugar de residencia | ,458 | <,001 | | ,425 | <,001 |
| | Edad de inicio | - | >,05 | | | |
| | Diagnostico | | | | | |
| | paranoide | ,379 | <,001 | | ,342 | <,001 |
| | hebefrenia | - | >,05 | | | |
| | residual | - | >,05 | | | |
| | simple | - | >,05 | | | |
| Funciones intrapsíquicas R ² =,616 R ² corregido=0,59 1 F4,65)=24,489 p=,001 | PANSS Negativo | | - | >,05 | | |
| | PANSS Compuesta | | - | >,05 | | |
| | PANSS Psicopatología general | | - | >,05 | | |
| | GAF | ,359 | ,005 | ,230 | <,05 | |
| | SFS Conducta interpersonal | ,225 | ,042 | - | >,05 | |
| | SFS Independencia-ejecución | | - | >,05 | | |
| | SFS Independencia-competencia | ,251 | ,047 | ,320 | <,05 | |
| | SFS Actividades prosociales | | - | >,05 | | |
| | Clave de números | | - | >,05 | | |
| | HVLT Largo plazo | | - | >,05 | | |
| | HVLP Discriminación | | - | >,05 | | |
| | | Lugar de residencia | ,492 | <,001 | | ,452 |
| | Edad de inicio | | | | | |
| | Diagnostico | | | | | |
| | paranoide | | | | | |
| | hebefrenia | | | | | |
| | residual | | | | | |
| | simple | -,253 | <,05 | | -,198 | <,05 |
| Objetos R ² =,525 R ² corregido=,495 F(4,67)=17,415 p=,001 | PANSS Negativo | | - | >,05 | | |
| | PANSS Psicopatología general | | - | >,05 | | |
| | GAF | | - | >,05 | | |
| | SFS Independencia-ejecución | | - | >,05 | | |
| | SFS Independencia-competencia | ,472 | <,001 | ,335 | <,001 | |
| | SFS Ocio | | - | >,05 | | |
| | SFS Actividades prosociales | ,231 | <,05 | ,214 | <,05 | |
| | TMT-A | | - | >,05 | | |
| | HVLT Largo plazo | | - | >,05 | | |
| | HVLP Discriminación | | - | >,05 | | |

Nota: lugar de residencia (0=rural; 1=urbano)^a; convivencia (0=familia de origen; 1=sólo)^b; diagnóstico (variables dummies: 0=no presentar el diagnóstico; 1=presentar diagnóstico de paranoide, hebefrenia, etc.)^c; el resto de variables son variables continuas que fueron centradas en la media; X=Término de interacción; β = coeficiente estandarizado; p= p-valor

9.7.2. ESCALA WHOQOL-BREF

9.7.2.1. MODELO GLOBAL

Se repitieron los análisis que se hicieron con la puntuación global QLS de calidad de vida con la puntuación global WHOQOL-BREF, Tabla 36.

Tabla 36. Predictores sociodemográficos y clínicos de la puntuación WHOQOL-BREF

| Variables | WHOQOL | | | | | |
|-------------------------------|--------------|----------------|-------------|-----------------|--------------|-----------------|
| | Modelo I | | Modelo II | | Modelo III | |
| | β | <i>p.</i> | β | <i>p.</i> | β | <i>p.</i> |
| Sociodemográficas | | | | | | |
| Convivencia ^a | -,245 | <,05 | | | -,293 | <,05 |
| Clínicas | | | | | | |
| Ítem ansiedad | | | - | >,05 | | |
| Ítem depresión | | | - | >,05 | | |
| SFS Total | | | - | >,05 | | |
| SFS Aislamiento | | | ,426 | <,001 | ,355 | <,05 |
| SFS Conducta interpersonal | | | ,336 | <,05 | ,437 | <,001 |
| SFS Independencia-competencia | | | - | >,05 | | |

Nota: convivencia (0=familia de origen; 1=sólo)^a el resto de variables son variables continuas que fueron centradas en la media; β = coeficiente estandarizado; *p*= p-valor.

A diferencia de la escala QLS, el WHOQOL-BREF presenta menos predictores y además el lugar de residencia no muestra diferencias estadísticamente significativas por lo que no se incluyó en los modelos de regresión ni se hizo una distinción posterior entre contexto rural y urbano. Como se puede observar en la tabla 36, el modelo I explica un 4,6% de la varianza ($R^2=,060$; $R^2\text{corregido}=,046$), es significativo $F(1,67)=4,233$ $p=,044$ y la única variable que lo compone es estadísticamente significativa. El modelo II explica un 39,1% ($R^2=,410$; $R^2\text{corregido}=,391$), es significativo $F(2,65)=21,888$ $p=,004$ y resultan significativas las puntuaciones en los dominios de la SFS *aislamiento* y *conducta interpersonal*. El modelo III recoge todas las variables que fueron significativas en los modelos I y II, explica un 47,3% ($R^2=,497$; $R^2\text{corregido}=,473$), es significativo $F(3,67)=21,065$ $p=,001$ y todas las variables que fueron significativas en anteriores modelos mantienen su significación.

9.7.2.2. MODELOS DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS PARA LAS SUBESCALAS DE WHOQOL-BREF

Se repitieron los análisis que se hicieron con la puntuación global de calidad de vida con cada una de las dimensiones de la escala WHOQOL-BREF, Tabla 37.

Tabla 37. Análisis de regresión entre WHOQOL y las variables sociodemográficas y clínicas

| | | WHOQOL | | | | | |
|--|-------------------------------|----------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|
| | | Modelo I | | Modelo II | | Modelo III | |
| | | β | <i>p.</i> | β | <i>p.</i> | β | <i>p.</i> |
| Salud Física R ² =,259 R ² corregido=,236 F(2,67)=11,362 p=,001 | Convivencia | -,271 | <,05 | | | -,357 | <,05 |
| | Ítem depresión | | | - | >,05 | | |
| | SFS Total | | | - | >,05 | | |
| | SFS Conducta interpersonal | | | ,370 | <,05 | ,439 | <,001 |
| | SFS Independencia-competencia | | | - | >,05 | | |
| Salud Psicológica R ² =,381 R ² corregido=,351 F(3,65)=12,737 p=,001 | Ítem depresión | | | -,345 | <,05 | ,345 | <,05 |
| | SFS Aislamiento | | | ,265 | <,05 | ,265 | <,05 |
| | SFS Conducta interpersonal | | | ,224 | <,05 | ,224 | <,05 |
| Relaciones sociales R ² =,190 R ² corregido=,222 F(2,59)=9,403 p=,001 | SFS Total | | | - | >,05 | | |
| | SFS Conducta interpersonal | | | ,428 | <,001 | ,428 | <,001 |
| | Clave de números | | | -,241 | <,05 | ,241 | <,05 |
| Medio R ² =,212 R ² corregido=,200 F(1,67)=17,774 p=,001 | SFS Total | | | - | >,05 | | |
| | SFS Conducta interpersonal | | | ,461 | <,001 | ,461 | <,001 |
| | SFS Independencia-competencia | | | - | >,05 | | |

Nota: lugar de residencia (0=rural; 1=urbano)^a; convivencia (0=familia de origen; 1=sólo)^b; diagnóstico (variables dummies: 0=no presentar el diagnóstico; 1=presentar diagnóstico de paranoide, desorganizado etc.)^c; el resto de variables son variables continuas que fueron centradas en la media; X= Término de interacción; β = coeficiente estandarizado; p= p-valor

10. DISCUSIÓN

La presente investigación se planteó con el objetivo de estudiar la calidad de vida de las personas con esquizofrenia, tanto la calidad de vida autopercebida como la evaluada por un observador externo, y analizar la influencia que distintos factores ejercen sobre la misma. Como posibles factores influyentes se tuvieron en cuenta aspectos sociodemográficos relevantes y otra serie de variables frecuentemente relacionadas con la esquizofrenia como el estado psicopatológico, el nivel de funcionamiento social y el rendimiento cognitivo. También han sido objeto de análisis otras variables de índole sociocultural, en concreto, el entorno en el que vive la persona, diferenciando entre medio rural y urbano. Si bien es cierto que algunas de estas variables, como el caso de la psicopatología, han sido ampliamente evaluadas en la literatura, otras han suscitado un menor interés investigador. De hecho, en la actualidad apenas se recogen trabajos que estudien el impacto del entorno rural o urbano en la calidad de vida de la población objeto de estudio de esta tesis, las personas con esquizofrenia.

Este trabajo de investigación plantea como primera hipótesis de partida que el nivel de calidad de vida autopercebido y el nivel de calidad de vida evaluado externamente difiere significativamente. Si esta hipótesis es aceptada, esto nos llevaría a hablar de distintas formas de calidad de vida. Los resultados encontrados en el presente trabajo muestran una correlación significativa pero moderada entre las dos escalas de medida de calidad de vida. Aunque se trata de formas relacionadas, nos permite aceptar la hipótesis de diferenciación entre ambas formas de evaluación. Esto está acorde con otros estudios previos que señalan la existencia de dos constructos relacionados pero diferentes del concepto de calidad de vida (Fitzgerald et al., 2001, 2003; Hayhurst et al., 2014; Bengtsson-Tops et al., 2005). En esta misma línea, y tal como se ha podido observar en éste y otros trabajos anteriores, los factores que resultan influyentes en una y otra forma de evaluación son distintos, obteniendo predictores independientes (Aki et al., 2008; Hayhurst et al., 2014; Narvaez et al., 2008; Tomotake et al., 2006; Yamauchi et al., 2008).

A la luz de nuestros resultados así como de las aportaciones de otros autores (Fitzgerald et al., 2003; Katsching, 2000, 2006), consideramos que ambas medidas

resultan formas distintas pero complementarias de evaluación y que ambas son necesarias para evaluar el constructo global de calidad de vida.

Los resultados obtenidos en esta investigación confirman lo ya señalado por otros autores, y es que la consideración de la calidad de vida en personas con esquizofrenia es un constructo complejo que se asocia con varios factores (Awad, 2008; Ritsner y Gibel, 2007). En lo que respecta a la calidad de vida evaluada externamente, el modelo que tiene en cuenta el entorno de residencia (rural/urbano), el diagnóstico, la edad de inicio del trastorno, el funcionamiento global y algunos aspectos del funcionamiento social como la conducta interpersonal y el grado de competencia, explica en nuestra muestra un 68% de la varianza. Algunas variables sociales tales como el entorno en el que vive la persona o el nivel de funcionamiento general y social, han resultado aspectos altamente influyentes en la calidad de vida, superando incluso otros factores ampliamente descritos en la literatura como predictivos, tales como la sintomatología.

En cuanto a la calidad de vida subjetiva, el modelo que tiene en cuenta la convivencia así como el funcionamiento social respecto al aislamiento y la conducta interpersonal explica un 47,3% de la varianza. Estos predictores aparecen como variables explicativas tanto en la calidad de vida general como en la mayor parte de sus dominios. De nuevo, los factores sociales sobresalen como factores de pronóstico por encima del resto de variables incluidas en nuestro estudio.

Comenzando con el análisis pormenorizado por variables, nuestra segunda hipótesis de estudio planteaba que los factores sociodemográficos (a excepción del entorno) no ejercían una influencia significativa sobre la calidad de vida. Acorde con nuestra hipótesis, encontramos que la influencia de la mayor parte de los aspectos sociodemográficos estudiados sobre la calidad de vida es nula o débil, tanto en su forma subjetiva como heteroevaluada. Sin embargo, también se observa un impacto significativo de algunas variables sociodemográficas. En el caso de la calidad de vida evaluada por un observador externo, su relación con los factores sociodemográficos evaluados no resulta significativa, a excepción de la convivencia y el entorno, siendo este último un factor predictor. En cuanto a la calidad de vida subjetiva, ésta sólo muestra relación con el tipo de convivencia, la cual resulta un factor predictor de la misma. Así, los datos obtenidos apuntan a que la convivencia y el entorno rural/urbano

son variables de notable importancia en la calidad de vida, resultando factores predictores de la calidad de vida subjetiva y externa, respectivamente.

Aunque el tipo de convivencia no resultó ser un factor relacionado con la calidad de vida en un primer análisis, al estudiar la variable en su relación con el hecho de vivir o no con la familia de origen, los resultados fueron distintos. Encontramos que, aquellos pacientes que viven solos o con familia propia refieren una menor calidad de vida en cuanto a su salud física que los pacientes que viven con su familia de origen. Sin embargo, si la evaluación la realiza un observador externo, encontramos que los pacientes que viven independientes de su familia de origen presentan una mayor calidad de vida, tanto a nivel general como en el dominio rol instrumental. Así, los datos obtenidos parecen apuntar a que aquellos pacientes que han logrado un mayor nivel de autonomía familiar se sienten menos satisfechos con su salud física pero son evaluados como con mayor calidad de vida por su personal sanitario de su referencia. Aunque no hemos encontrado trabajos similares con los cuales comparar estos resultados, sí existe amplia literatura en torno a la influencia de los distintos tipos de vínculo y apego sobre la evolución de la esquizofrenia (Gajwani, Patterson y Birchwood, 2013; MacBeth, Schwannauer y Gumley, 2008; Ponizovsky, Vitenberg, Baumgarten-Katz y Grinshpoon, 2013).

En lo que respecta a la influencia del entorno, entendido éste como la diferenciación entre medio rural y urbano, se observa que el vivir en la ciudad es un factor predictor de una mayor calidad de vida heteroevaluada. El único estudio previo encontrado que evalúa la calidad de vida en el medio rural y urbano señala que las personas pertenecientes a estos entornos no presentan diferencias significativas en su calidad de vida, medida mediante el LQLP y la QLS-100, en la mayor parte de dominios evaluados, aunque sí encuentra que los pacientes del medio rural expresan una mayor satisfacción general con la vida (Nilsson et al., 2002), aspecto contrario a los resultados de nuestro estudio. No obstante, los resultados obtenidos en cuanto al entorno serán discutidos con mayor amplitud más adelante.

En resumen, respecto a los resultados obtenidos en torno a las variables sociodemográficas algunas investigaciones no encuentran una influencia significativa en la calidad de vida (Fervaha et al., 2013; Kunikata et al., 2005; Meijer et al., 2009), mientras otras sí señalan hacia algunas variables sociodemográficas como importantes

predictores (Akinsulore et al., 2014; Hofer et al. 2005a; Woon et al. 2010). Estudios previos indican el importante impacto que el estado civil (Akinsulore et al., 2014; Woon et al., 2010), la educación (Akinsulore et al., 2014), la edad (Woon et al., 2010) o el sexo (Hofer et al., 2005a) ejercen sobre la calidad de vida subjetiva. En nuestro caso, aunque estas variables no muestran una relación significativa con la calidad de vida, sí encontramos un importante impacto de dos variables: el entorno rural o urbano donde habitan y la convivencia independiente de la familia de origen. Aunque este último aspecto también ha sido evaluado en anteriores trabajos no encontrando resultados significativos, esto puede deberse a que en nuestro estudio realizamos una recodificación que permite analizar esta cuestión teniendo en cuenta la autonomía respecto a la familia de origen. Este matiz parece ser importante para la calidad de vida de las personas diagnosticadas de esquizofrenia y debe ser tenido en cuenta en futuras investigaciones.

La tercera hipótesis de esta investigación planteaba que la psicopatología influye negativamente en la calidad de vida, tanto en su forma subjetiva como evaluada externamente.

Acorde con nuestras expectativas, la calidad de vida evaluada externamente se vio afectada por el grado de psicopatología y las personas que presentaron un mayor nivel de sintomatología reflejaron un menor nivel de calidad de vida. Los síntomas negativos y la psicopatología general son variables que ejercen una influencia significativa en la calidad de vida, tanto a nivel general como en todos los dominios evaluados excepto en *rol instrumental*. Sin embargo, tras los análisis de regresión, la psicopatología no resultó ser un factor predictor.

Diversos estudios previos relacionan la psicopatología con la calidad de vida evaluada externamente. Similar a nuestros resultados, existen distintos trabajos que referencian correlaciones significativas entre la calidad de vida y los síntomas negativos (Aki et al., 2008; Montemagni et al., 2014; Ueoka et al., 2011; Yamauchi et al., 2008), y la psicopatología general (Montemagni et al., 2014; Ueoka et al., 2001). Sin embargo, y contrario a los resultados hallados en el presente estudio, los trabajos mencionados encuentran algunos elementos de la psicopatología como variables explicativas de la calidad de vida. Es el caso de Montemagni et al. (2014) o Ueoka et al. (2011), para los que la sintomatología negativa resulta un factor predictor de la calidad de vida evaluada

mediante un observador externo. Por contra, en nuestro caso no se encuentra un potente factor explicativo en la sintomatología.

En cuanto a la calidad de vida subjetiva, y contrario a nuestra hipótesis inicial, no encontramos un impacto significativo de la psicopatología en la satisfacción con la vida. Aunque estos resultados son contrarios a los expuestos en un amplio número de estudios anteriores que señalan la relación entre los síntomas negativos y/o la depresión con la calidad de vida (Akinsulore et al., 2014; Brissos et al., 2011; Chino et al., 2009; Dickerson et al., 1998; Fervaha et al., 2013; Galuppi et al., 2010; Hansson et al., 1999; Heider et al., 2007; Helesgrave et al., 1997; Hofer et al., 2005a; Kunikata et al., 2005; Meijer et al., 2009; Woon et al., 2010) sí están en consonancia con otros trabajos que señalan una influencia débil o nula (Alptekin et al., 2005; Sota y Heinrichs, 2004). Para resolver estas diferencias se debe mirar el impacto de la psicopatología mediante modelos estadísticos más complejos que tengan en cuenta el impacto de otras variables moduladoras como el análisis de regresión múltiple. Los que sí los realizan encuentran que la influencia de ésta sobre la calidad de vida se diluye (Kunikata et al., 2005; Woon et al., 2010).

Por tanto, a la luz de los resultados obtenidos, sólo podemos aceptar en parte nuestra hipótesis inicial. Así, aunque la psicopatología es una variable que influye significativamente en la calidad de vida, ésta sólo ejerce su influencia sobre la calidad de vida evaluada externamente y no resulta ser un factor determinante en ninguna de las formas evaluadas. Estos resultados constituyen un hallazgo inesperado. Por una parte, resulta bastante intuitivo pensar en una influencia negativa de la sintomatología en la calidad de vida. Si los síntomas psicóticos se conciben como elementos no deseables, los cuales ejercen un impacto nefasto en el funcionamiento y en la vida de una persona, sería esperable que estos tuvieran una influencia significativa sobre la calidad de vida. Sin embargo, algunos autores han señalado cómo la psicopatología ejerce una influencia más débil de la que inicialmente se suponía y subrayan que existen otras variables con un mayor poder explicativo. A modo de ejemplo encontramos la autoestima, aspecto que se ha señalado como un potente factor predictor de la calidad de vida autopercebida, situándose por encima de los síntomas psicóticos (Kunikata et al., 2005; Meijer et al., 2009).

La cuarta hipótesis de investigación plantea que el bajo nivel de funcionamiento social está relacionado con una menor calidad de vida. Consistente con nuestra hipótesis, y teniendo en cuenta la calidad de vida heteroevaluada, encontramos que el nivel de funcionamiento social en sus distintas áreas es un aspecto fuertemente influyente en la calidad de vida. Aquellos pacientes que disponen de mayores habilidades sociales y las utilizan son evaluados como personas con una mayor calidad de vida. Dentro de las distintas áreas de actividad social, la conducta interpersonal y el nivel de competencia han resultado ser variables explicativas de la calidad de vida. Coherente con nuestras expectativas así como con otros estudios previos (Aki et al., 2008), el funcionamiento social resulta un importante aspecto dentro de la vida de las personas y dentro de éste, la conducta interpersonal y la competencia social son factores altamente influyentes. No resulta inesperado encontrar que aquellas personas con una mayor capacidad para llevar una vida independiente son aquellas que son percibidas como personas con una mayor calidad de vida. El poder desarrollar la vida sin la necesidad de depender de otras personas parece ser un importante factor a la hora de evaluar la calidad de vida por parte de los clínicos.

Una situación similar podemos verla en torno a la calidad de vida subjetiva, donde el funcionamiento social resulta un factor predictor. Así, encontramos que las personas que informan de una mayor integración social son asimismo aquellas que se muestran más satisfechas con su vida. Este hallazgo es coherente con otros estudios anteriores como el realizado por Adelufosi et al. (2013) que señalan cómo el apoyo social percibido es un aspecto de peso en la calidad de vida subjetiva, situándose incluso en algunos aspectos como la satisfacción general o la satisfacción con las relaciones sociales y el ambiente, por encima de otras variables como la psicopatología. Otros autores informan también de la influencia positiva que el funcionamiento social ejerce sobre la calidad de vida (Chino et al., 2009; Galuppi et al., 2010) tal y como aparece en esta investigación.

Los resultados obtenidos nos permiten aceptar nuestra hipótesis de partida y apuntan a que el funcionamiento social supone un elemento clave a la hora de determinar la calidad de vida en personas con esquizofrenia.

Si tenemos en cuenta el nivel de funcionamiento general evaluado a través de la escala GAF, encontramos que éste se relaciona con todos los aspectos de la calidad de

vida evaluada externamente, siendo el factor explicativo más importante de la misma. En lo relativo a la calidad de vida subjetiva, contrariamente a nuestras expectativas y a otros estudios previos (Akinsulore et al., 2014; Chino et al., 2009; Heider et al., 2007; Woon et al., 2010) pero consistente con otros trabajos (Hansson et al., 1999), el nivel de funcionamiento global no resulta un aspecto influyente en la satisfacción con la vida.

Por lo tanto, los resultados obtenidos nos permiten aceptar solo parcialmente nuestra hipótesis inicial, dado que, un menor nivel global de funcionamiento permite predecir una menor calidad de vida autopercebida. Sin embargo, el nivel global de funcionamiento no es un factor que influya en la calidad de vida subjetiva.

En este punto queremos hacer referencia a cuestiones metodológicas. En concreto creemos que las discrepancias de resultados sobre la asociación entre la calidad de vida subjetiva y objetiva y funcionamiento global, pueden relacionarse con el hecho de que el GAF es una escala heteroaplicada y parece que las relaciones entre pruebas basadas en el juicio de expertos son más coherentes entre sí que cuando relacionamos datos procedentes de dos informadores (uno externo y otro el propio sujeto de investigación).

La quinta hipótesis planteada hace referencia a la no afectación del rendimiento cognitivo en la calidad de vida. Los resultados obtenidos en esta investigación apoyan esta hipótesis y señalan que el funcionamiento cognitivo no constituye un elemento destacado en la calidad de vida. Los déficits cognitivos han sido frecuentemente asociados con un empeoramiento en el funcionamiento de la persona, tanto a nivel social como en las actividades de la vida cotidiana (Bowie y Harvey, 2005; Keefe y Eesley, 2012; Laes y Sponheim, 2006), lo que ha llevado a pensar en su posible influencia en la calidad de vida. Asimismo, algunos autores han señalado a variables cognitivas como la atención o la velocidad de procesamiento (Ritsner, 2007; Ueoka et al., 2011) como elementos de importante impacto en la calidad de vida heteroevaluada. Sin embargo, y acorde con nuestros resultados, Tolman y Kurtz (2012) en su metaanálisis señalaron que la influencia ejercida por las funciones cognitivas en la calidad de vida era pequeña o moderada. Otros autores, como Ventura et al. (2009) encuentran que la influencia ejercida por el rendimiento cognitivo está mediatizada por el impacto de la sintomatología, sobretodo de la negativa.

Como última hipótesis se plantea que los pacientes del medio rural presentan una mayor calidad de vida que los pertenecientes al medio urbano. Siguiendo este interés de evaluar el impacto ambiental en la vida de las personas, hemos analizado si entorno (rural o urbano) ejerce algún impacto tanto sobre la calidad de vida como en los distintos factores evaluados. En nuestra muestra, las personas pertenecientes al medio rural y urbano no diferían en cuanto a características como el sexo, el número de hermanos, el estado civil, el nivel educativo, el diagnóstico o el número de ingresos. Sin embargo, sí mostraron otras diferencias: los pacientes del medio rural eran más jóvenes y con una manifestación de la esquizofrenia más temprana. Asimismo, la dosis de tratamiento neuroléptico era inferior a la recibida por sus homólogos del medio urbano.

Respecto a la calidad de vida, y tal como hemos señalado al inicio de esta exposición, el vivir en un entorno urbano supone un importante atributo para una mayor calidad de vida heteropercibida, no ejerciendo ningún efecto significativo sobre la subjetiva. También éste ha sido un hallazgo sorprendente. Contrariamente a nuestras expectativas, los pacientes pertenecientes al medio rural han sido valorados por los profesionales sanitarios como con una menor calidad de vida que los pacientes del medio urbano. Dado que el medio rural ha sido descrito como un medio menos exigente, donde los pacientes presentan una mejor evolución (Freeman, 2000), un mayor número de contactos sociales y familiares (Schomerus et al., 2007) y que además cuenta con factores que favorecen la adaptación, como el soporte social y el sentimiento de ayuda comunitario (Navarro, 2003), y el entorno urbano se ha referenciado como un medio más hostil, con una mayor prevalencia de trastornos mentales (Kovess-Masféty et al., 2005) y un mayor número de necesidades insatisfechas (Sørgaard et al., 2003), nuestra hipótesis de partida pronosticaba una mayor calidad de vida en las zonas rurales. Los resultados obtenidos son, en parte, contrarios a nuestra hipótesis y señalan a las personas con esquizofrenia pertenecientes al medio rural como con una menor calidad de vida evaluada externamente, en comparación con los pacientes del medio urbano; no encontrando diferencias en cuanto a la calidad de vida subjetiva. Parece que, las características de índole positivo asociadas al medio rural (mayores redes de apoyo comunitario y familiar, tolerancia a algunos trastornos mentales...) no son suficientemente potentes para paliar aquellas deficiencias asociadas al mismo (carencia de recursos públicos y privados, aislamiento, dificultad de transporte...), lo que

repercute en la evaluación que los profesionales realizan de la calidad de vida de sus habitantes.

No hemos encontrado en la literatura actual trabajos que evalúen la calidad de vida en estos dos entornos con los cuales comparar nuestros resultados, a excepción del trabajo de Nilsson et al. (2002). En este estudio, a diferencia de nuestros resultados, encuentran que los pacientes pertenecientes al medio rural refieren una mayor satisfacción con la vida a nivel global. Sin embargo, y acorde con los resultados obtenidos en nuestro trabajo, en el análisis por dominios no observan diferencias significativas entre ambos grupos.

Por otro lado, difieren las variables predictoras en la calidad de vida evaluada externamente en ambos entornos. El nivel de funcionamiento global resultó ser la única variable predictiva en el medio rural, explicando un 42,6% de la varianza, mientras que en el medio urbano la calidad de vida fue explicada por la sintomatología negativa y el nivel de funcionamiento social, en un 39,3%.

En cuanto a las diferencias en los dos entornos en las variables posiblemente intervinientes en la calidad de vida encontramos varios resultados. En primer lugar, se planteó la hipótesis de que los pacientes residentes en el medio rural presentarían una menor psicopatología que los pertenecientes al entorno urbano. Los resultados muestran datos opuestos a esta hipótesis, de manera que los pacientes del medio rural presentaron una mayor gravedad psicopatológica en comparación con los pacientes del medio urbano, manifestando las personas habitantes del medio rural más síntomas positivos y una mayor psicopatología general. Aunque existen estudios previos que también encuentran un distinto perfil sintomatológico en función del entorno (Chu et al., 1986; Davies et al., 1989), contrario a nuestros resultados, en estos trabajos las personas pertenecientes al medio urbano presentaron una mayor gravedad psicopatológica.

Al hilo de la gravedad psicopatológica se halla la cuestión farmacológica. Resulta interesante observar que los pacientes del medio rural, a pesar de que presentan más síntomas psicóticos productivos así como mayores niveles de depresión y ansiedad, reciben menores dosis de tratamiento neuroléptico sin que ello haya supuesto un incremento en el número de ingresos. A este respecto caben, al menos, dos posibles lecturas ¿la gravedad sintomatológica de los pacientes rurales es mayor porque su dosis

de neurolépticos es menor? o ¿los pacientes toleran una menor dosis de tratamiento farmacológico y una mayor gravedad psicótica sin alterar su funcionamiento? El hecho de que las personas del medio rural hayan sido valoradas con una menor calidad de vida puede apuntar hacia la primera cuestión, sin embargo, que los pacientes no presenten diferencias en su satisfacción con la vida ni en su nivel de funcionamiento general y social así como que no tengan un mayor número de ingresos, nos inclina hacia la segunda posibilidad. Puede ser que los ambientes y los centros sanitarios rurales, más cercanos y accesibles, posibiliten una mejor y más frecuente atención a problemas y crisis que los medios urbanos, más distantes y sobrecargados.

Otras de las hipótesis estudiadas apuntaban a los pacientes residentes en el medio rural como aquellos con un mayor grado de funcionamiento global y social en comparación con los pacientes pertenecientes a las áreas urbanas. A este respecto, los datos obtenidos no nos permiten aceptar esta hipótesis inicial, ya que no se encontraron perfiles diferenciales entre las dos muestras, acorde con otros estudios previos (Nilsson et al., 2002). Las personas con esquizofrenia residentes en el medio rural y urbano no muestran diferencias significativas en su nivel de funcionamiento global y social.

Similares resultados encontramos en lo referente al rendimiento cognitivo, donde, conforme a nuestras expectativas, las dos muestras obtuvieron similares resultados, lo que nos permite aceptar nuestra hipótesis de igualdad en rendimiento cognitivo en las dos muestras. Dado que el deterioro neuropsicológico es un aspecto muy relacionado con cuestiones biológicas, era esperable que el ambiente no ejerciera un papel determinante.

Por último, cabe señalar que el presente estudio adolece de limitaciones que es necesario indicar. En primer lugar, destacar el tamaño muestral. La dificultad de conseguir la participación voluntaria en un estudio de las personas objeto de esta investigación así como los problemas de movilidad inherentes a las áreas rurales, no han permitido que el tamaño muestral sea representativo de la población con diagnóstico de esquizofrenia.

Asimismo, el estudio se ha realizado con personas que acuden a Centros de Salud Mental integrados en el Sistema Público de Salud y que han consentido participar en el mismo. Estos resultados no pueden generalizarse a personas que no reciben tratamiento

o rehúsan participar en estas actividades, dado que pueden poseer distintas particularidades.

Por otra parte, destacar las características del propio diseño transversal de la investigación que impide el establecimiento de relaciones causa-efecto, hablando en cambio de coocurrencia.

11. CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en el presente estudio podemos extraer las siguientes conclusiones finales:

- La calidad de vida auto y heteropercebida suponen dos elementos relacionados pero diferentes del mismo constructo, y por lo tanto, deben incluirse ambas medidas en el estudio global de la calidad de vida.
- El entorno de residencia (rural/urbano), el diagnóstico, la edad de inicio del trastorno, el funcionamiento global y algunos aspectos del funcionamiento social como la conducta interpersonal y el grado de competencia son factores predictivos de la calidad de vida evaluada por un observador externo, explicando todos ellos un 68% de la varianza.
- El tipo de convivencia así como el funcionamiento social en cuanto a la integración y conducta interpersonal son variables explicativas de la calidad de vida subjetiva en un 47,3% de la varianza.
- Factores sociodemográficos y clínicos como la edad, el sexo, el estado civil, el empleo, el nivel de estudios, el número de hermanos, el número de ingresos en unidades de hospitalización de psiquiatría o la dosis de tratamiento psicofarmacológico no resultan ser variables influyentes en la calidad de vida, tanto en su forma autopercebida como evaluada externamente.
- La psicopatología negativa y la psicopatología general muestran una influencia negativa sobre la calidad de vida evaluada externamente.

- La psicopatología no ejerce una influencia significativa sobre la calidad de vida autopercebida.
- El funcionamiento general está positivamente relacionado con la calidad de vida evaluada externamente pero no muestra una relación significativa con la autopercebida.
- El funcionamiento social se relaciona con la calidad de vida autopercebida y evaluada externamente.
- El rendimiento cognitivo no ejerce una influencia significativa sobre ninguna de las dos formas de calidad de vida estudiadas.
- Cuestiones sociales relacionadas con la actividad interpersonal como el funcionamiento social o el entorno resultan factores más influyentes en la calidad de vida que aspectos individuales como la psicopatología o el rendimiento cognitivo.
- Se observan algunas diferencias entre las personas procedentes del medio rural y urbano:
 - Las personas pertenecientes al medio urbano son valorados como con una mayor calidad de vida que los pacientes del entorno rural.
 - Ambos grupos no difieren en cuanto a su percepción de calidad de vida.
 - Los pacientes del medio rural presentan una mayor gravedad psicopatológica, tanto en lo referente a los síntomas positivos como a la psicopatología general.
 - El funcionamiento global y social fue similar en ambos grupos de pacientes.
 - El rendimiento cognitivo tampoco difirió en la comparación entre los dos grupos.

A la luz de los resultados obtenidos en el presente estudio creemos que el futuro de la investigación en calidad de vida en la esquizofrenia debería abogar por trabajos

amplios, en los que se tenga en cuenta aspectos más allá de los factores habitualmente relacionados con la esquizofrenia, como la psicopatología, e incluya también cuestiones de relación del individuo con su entorno. Dada la importancia obtenida en los factores de actividad social así como en los contextuales, se hace necesario indagar en estas cuestiones para esclarecer el alcance de su impacto en la calidad de vida, de manera que permita optimar el desarrollo de programas de intervención que mejoren la vida de las personas.

Asimismo, sería interesante el desarrollo de investigaciones longitudinales con amplia muestra. Los estudios longitudinales con gran tamaño muestral son escasos en el tema objeto de nuestro estudio, posiblemente por las dificultades propias de la muestra a la que se dirige. Sin embargo, la realización de estos permitiría un análisis más profundo, de manera que se pudieran obtener indicadores más precisos de los predictores de cambio en la calidad de vida.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aas, I. H. M. (2010). Global Assessment of Functioning (GAF): properties and frontier of current knowledge. *Annals of General Psychiatry*, 9, 20. doi:10.1186/1744-859X-9-20
- Aas, I. M. (2011). Guidelines for rating Global Assessment of Functioning (GAF). *Annals of General Psychiatry*, 10, 2. doi:10.1186/1744-859X-10-2
- Addington, D., Addington, J. y Schissel, B. (1990). A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophrenia Research*, 3(4), 247-251.
- Adelufosi, A. O., Ogunwale, A., Abayomi, O. y Mosanya, J. T. (2013). Socio-demographic and clinical correlates of subjective quality of life among Nigerian outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 209(3), 320-325. doi:10.1016/j.psychres.2012.12.027
- Agencia Local de Promoción Económica y de Empleo. (2014). Datos actualizados de Gijón. Recuperado el 15 de agosto de 2014, desde [http://empleo.gijon.es/multimedia_objects/download?object_id=165851yobject_type=document].
- Aguado, A. L., Alcedo, M. A., Fontanil, Y., Arias, B., Verdugo, M. A. y Badia, M. (2006). Prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal: Estudio sobre el incremento de necesidades y el descenso de calidad de vida en el proceso de envejecimiento prematuro de las personas con discapacidad. *Informe de proyecto de investigación, IMSERSO y Departamento de Psicología, Universidad de Oviedo (Inédito)*.
- Aki, H., Tomotake, M., Kaneda, Y., Iga, J.-I., Kinouchi, S., Shibuya-Tayoshi, S., Motoki, I., Moriguchi, K., Sumitani, S., Yamauchi, K., Taniguchi, T., Ishimoto, Y, Ueno, S. y Ohmori, T. (2008). Subjective and objective quality of life, levels of life skills, and their clinical determinants in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 158(1), 19-25. doi:10.1016/j.psychres.2006.05.017
- Akinsulore, A., Aloba, O. O., Mapayi, B. M., Oloniniyi, I. O., Fatoye, F. O. y Makanjuola, R. O. A. (2014). Relationship between depressive symptoms and

- quality of life in Nigerian patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(8), 1191-1198. doi:10.1007/s00127-014-0838-8
- Aksaray, G., Oflu, S., Kaptanoğlu, C. y Bal, C. (2002). Neurocognitive deficits and quality of life in outpatients with schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology y Biological Psychiatry*, 26(6), 1217-1219.
- Alonso, J., Olivares, J., Ciudad, A., Manresa, J., Casado, A. y Gilaberte, I. (2008). Development and validation of the Social Functioning Scale, short version, in schizophrenia for its use in the clinical practice. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36(2), 102-110.
- Alonso, J., Regidor, E., Barrio, G., Prieto, L., Rodríguez, C. y de la Fuente, L. (1998). Population reference values of the Spanish version of the Health Questionnaire SF-36. *Medicina clínica*, 111(11), 410-416.
- Alptekin, K., Akvardar, Y., Kivircik Akdede, B. B., Dumlu, K., Işık, D., Pirinçci, F., Yahssin, S. y Kitiş, A. (2005). Is quality of life associated with cognitive impairment in schizophrenia? *Progress in Neuro-Psychopharmacology y Biological Psychiatry*, 29(2), 239-244. doi:10.1016/j.pnpbp.2004.11.006
- Alvarez-Jimenez, M., Parker, A. G., Hetrick, S. E., McGorry, P. D. y Gleeson, J. F. (2011). Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 37(3), 619-630. doi:10.1093/schbul/sbp129
- American Psychiatric Association. (1987). *DSM-III-R. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM 5*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Andreasen, N. C., Carpenter, W. T., Jr, Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R. y Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and

- rationale for consensus. *The American Journal of Psychiatry*, 162(3), 441-449.
doi:10.1176/appi.ajp.162.3.441
- Andreasen, N. C., Pressler, M., Nopoulos, P., Miller, D. y Ho, B. C. (2010). Antipsychotic dose equivalents and dose-years: a standardized method for comparing exposure to different drugs. *Biological Psychiatry*, 67(3), 255-262.
doi:10.1016/j.biopsych.2009.08.040
- Angermeyer, M. C. y Katschnig, H. (2000). Medicación psicotrópica y calidad de vida: un marco conceptual para valorar su relación. En H. Katschnig, H. Freeman y N. Sartorius, *Calidad de vida en los trastornos mentales* (pp. 207-216). Barcelona: Masson.
- Arns, P. G. y Linney, J. A. (1993). Work, self, and life satisfaction for persons with severe and persistent mental disorders. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(2), 63-79. doi:10.1037/h0095599
- Atkinson, M., Zibin, S. y Chuang, H. (1997). Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *The American Journal of Psychiatry*, 154(1), 99-105.
- Awad, A. G. (2008). Calidad de vida en esquizofrenia. Conceptos y medidas para la práctica clínica. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 72(2), 121-129.
- Awad, A. G. y Voruganti, L. N. (2000). Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. *Schizophrenia Bulletin*, 26(3), 557-564.
- Awad, A. G. y Voruganti, L. N. (2004). Impact of atypical antipsychotics on quality of life in patients with schizophrenia. *CNS Drugs*, 18(13), 877-893.
- Awad, A. G. y Voruganti, L. N. (2012). Measuring quality of life in patients with schizophrenia: an update. *Pharmacoeconomics*, 30(3), 183-195.
doi:10.2165/11594470-000000000-00000

- Awad, A. G., Voruganti, L. N. y Heslegrave, R. J. (1997). A conceptual model of quality of life in schizophrenia: description and preliminary clinical validation. *Quality of Life Research*, 6(1), 21-26.
- Badia, X., Roset, M., Montserrat, S., Herdman, M. y Segura, A. (1999). The Spanish version of EuroQol: a description and its applications. European Quality of Life scale. *Medicina clínica*, 112 Suppl 1, 79-85.
- Barch, D. M., Cohen, R. y Csernansky, J. (2014). Altered cognitive development in the siblings of individuals with schizophrenia. *Clinical Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 2(2), 138-151.
- Barry, M. M. (2000). Bienestar y satisfacción en la vida como componentes de la calidad de vida. En H. Katsching, H. Freeman y N. Sartorius, *Calidad de vida en los trastornos mentales* (pp. 31-41). Barcelona: Masson.
- Barry, M. M. y Crosby, C. (1996). Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 168(2), 210-216.
- Barry, M. M. y Zissi, A. (1997). Quality of life as an outcome measure in evaluating mental health services: a review of the empirical evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(1), 38-47.
- Bartels, S. J. y Pratt, S. I. (2009). Psychosocial rehabilitation and quality of life for older adults with serious mental illness: recent findings and future research directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(4), 381-385. doi:10.1097/YCO.0b013e32832c9234
- Baumstarck, K., Boucekine, M., Boyer, L., Aghababian, V., Parola, N., Reuter, F., Loundou, A., Lançon, C., Pelletier, J. y Auquier, P. (2014). Quantification of relevance of quality of life assessment for patients with cognitive impairment: the suitability indices. *BMC Neurology*, 14, 78. doi:10.1186/1471-2377-14-78
- Baumstarck, K., Boyer, L., Boucekine, M., Aghababian, V., Parola, N., Lançon, C. y Auquier, P. (2013). Self-reported quality of life measure is reliable and valid in

- adult patients suffering from schizophrenia with executive impairment. *Schizophrenia Research*, 147(1), 58-67. doi:10.1016/j.schres.2013.03.008
- Becchi, A., Rucci, P., Placentino, A., Neri, G. y de Girolamo, G. (2004). Quality of life in patients with schizophrenia comparison of self-report and proxy assessments. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 397-401. doi:10.1007/s00127-004-0761-5
- Becker, M. y Diamond, R. (2000). Nuevos avances en la medición de la calidad de vida en la esquizofrenia. En H. Katsching, H. Freeman y N. Sartorius, *Calidad de vida en los trastornos mentales* (pp. 115-128). Barcelona: Masson.
- Becker, T., Knapp, M., Knudsen, H. C., Schene, A. H., Tansella, M., Thornicroft, G. y Vázquez-Barquero, J. L. (2000). Aims, outcome measures, study sites and patient sample. EPSILON Study 1. European psychiatric services: inputs linked to outcome domains and needs. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, (39), s1-7.
- Becker, T., Leese, M., Krumm, S., Ruggeri, M., Vázquez-Barquero, J. L. y EPSILON Study Group. (2005). Needs and quality of life among patients with schizophrenia in five European centres: what is the impact of global functioning scores? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(8), 628-634. doi:10.1007/s00127-005-0937-7
- Beecham, J. y Knapp, M. (1992). Costing psychiatric interventions. En G. Thornicroft y C. R. Brewin (Eds.), *Measuring mental health needs*, (pp. 163-183). London: Gaskell.
- Beels, C. C. (1981). Social support and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 7(1), 58-72.
- Bengtsson-Tops, A. y Hansson, L. (1999). Subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. Relationship to clinical and social characteristics. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 14(5), 256-263.

- Bengtsson-Tops, A. y Hansson, L. (2001). Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *The International Journal of Social Psychiatry*, 47(3), 67-77.
- Bengtsson-Tops, A., Hansson, L., Sandlund, M., Bjarnason, O., Korkeila, J., Merinder, L., Nilsson, L., Sorgaard, K. W., Vinding, H. R. y Middelboe, T. (2005). Subjective versus interviewer assessment of global quality of life among persons with schizophrenia living in the community: a Nordic multicentre study. *Quality of Life Research*, 14(1), 221-229.
- Benton, A. (1991). *Benton visual retention test*. San Antonio: Pearson.
- Benton, A. L., Hamsher, K. D. y Sivan, A. B. (1994). *Multilingual aphasia examination: manual of instructions*. San Antonio: Pearson.
- Bernardo, M. y Bioque, M. (2011). Esquizofrenia. En J. Vallejo, *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (7ª ed., pp. 208-216). Barcelona: Masson.
- Bilker, W. B., Brensinger, C., Kurtz, M. M., Kohler, C., Gur, R. C., Siegel, S. J. y Gur, R. E. (2003). Development of an abbreviated schizophrenia quality of life scale using a new method. *Neuropsychopharmacology*, 28(4), 773-777. doi:10.1038/sj.npp.1300093
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S. y Copestake, S. (1990). The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 157, 853-859.
- Bobes, J., Garcia-Portilla, M. P., Bascaran, M. T., Saiz, P. A. y Bousoño, M. (2007). Quality of life in schizophrenic patients. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 9(2), 215-226.
- Bobes, J. y González, M. P. (2000). Calidad de vida en la esquizofrenia. En H. Katsching, H. Freeman y N. Sartorius, *Calidad de vida en los trastornos mentales* (pp. 157-170).

- Bobes, J., Gonzalez, M. P., Bousoño, M. y Saiz, P. A. (1996). Calidad de vida en los trastornos esquizofrénicos. *Anales de psiquiatria*, 12(1), 47-54.
- Bobes, J., Gonzalez, M. P., Bousoño, M. y Saiz, P. A. (1996). Calidad de vida y psiquiatría. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 40, 44-49.
- Bobes, J., García-Portilla, M. P. y Bousoño, M. (1995). *Calidad de vida en las esquizofrenias*. Barcelona: Prous.
- Bobes, J. (1994). *Calidad de vida y Oviedo*. Oviedo: Pentalfa.
- Bodén, R., Sundström, J., Lindström, E. y Lindström, L. (2009). Association between symptomatic remission and functional outcome in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 107(2-3), 232-237. doi:10.1016/j.schres.2008.10.004
- Bombín, I. (2004). *Análisis de la evolución del los déficits cognitivos en la esquizofrenia: un estudio neuropsicológico transversal*. Deusto, Bilbao.
- Bones, K., Perez, K., Rodriguez-Sanz, M., Borrell, C. y Obiols, J. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 22(3), 389-395.
- Bowie, C. R. y Harvey, P. D. (2005). Cognition in schizophrenia: impairments, determinants, and functional importance. *The Psychiatric Clinics of North America*, 28(3), 613-633, 626. doi:10.1016/j.psc.2005.05.004
- Boyer, L., Millier, A., Perthame, E., Aballea, S., Auquier, P. y Toumi, M. (2013). Quality of life is predictive of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 13, 15. doi:10.1186/1471-244X-13-15
- Bozikas, V. P. y Andreou, C. (2011). Longitudinal studies of cognition in first episode psychosis: a systematic review of the literature. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(2), 93-108. <http://doi.org/10.3109/00048674.2010.541418>

- Brandt, J. y Benedict, R. H. B. (2001). *Hopkins Verbal Learning Test-Revisted (HVLT-R)*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Brissos, S., Balanzá-Martinez, V., Dias, V. V., Carita, A. I. y Figueira, M. L. (2011a). Is personal and social functioning associated with subjective quality of life in schizophrenia patients living in the community? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(7), 509-517. doi:10.1007/s00406-011-0200-z
- Brissos, S., Dias, V. V., Balanzá-Martinez, V., Carita, A. I. y Figueira, M. L. (2011b). Symptomatic remission in schizophrenia patients: relationship with social functioning, quality of life, and neurocognitive performance. *Schizophrenia Research*, 129(2-3), 133-136. doi:10.1016/j.schres.2011.04.001
- Brissos, S., Dias, V. V., Carita, A. I. y Martínez-Arán, A. (2008). Quality of life in bipolar type I disorder and schizophrenia in remission: clinical and neurocognitive correlates. *Psychiatry Research*, 160(1), 55-62. doi:10.1016/j.psychres.2007.04.010
- Brooks, R. (1996). EuroQol: the current state of play. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 37(1), 53-72.
- Brown, A. S. (2011). The environment and susceptibility to schizophrenia. *Progress in Neurobiology*, 93(1), 23-58. doi:10.1016/j.pneurobio.2010.09.003
- Brüne, M., Schaub, D., Juckel, G. y Langdon, R. (2011). Social skills and behavioral problems in schizophrenia: the role of mental state attribution, neurocognition and clinical symptomatology. *Psychiatry Research*, 190(1), 9-17. doi:10.1016/j.psychres.2010.03.015
- Bullinger, M., Schmidt, S. y Naber, D. (2007). Cross-cultural quality of life research in mental health. En M. Ritsner y A. G. Awad, *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders: New Perspectives on Research and Treatment* (pp. 67-98). Dordrecht: Springer.
- Burns, T. y Patrick, D. (2007). Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(6), 403-418. doi:10.1111/j.1600-0447.2007.01108.x

- Cardenas, V., Helu, P., Tiznado, D. y Ho, J. (2013). Assessing psychosis in hispanics. En L. T. Benuto, *Guide to Psychological Assessment with Hispanics* (pp. 263-275). New York: Springer Science & Business Media.
- Cella, M., Hamid, S., Butt, K. y Wykes, T. (2015). Cognition and social cognition in non-psychotic siblings of patients with schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 1-11. <http://doi.org/10.1080/13546805.2015.1014032>
- Cervera, S., Baca, E., Bobes, J., Leal, C., Ibañez, E. y Giner, J. (1997). Medida de la calidad de vida en la esquizofrenia. *Actas Luso-Españolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines*, 25(2), 1-10.
- Chino, B., Nemoto, T., Fujii, C. y Mizuno, M. (2009). Subjective assessments of the quality of life, well-being and self-efficacy in patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63(4), 521-528. doi:10.1111/j.1440-1819.2009.01995.x
- Chouinard, G. y Margolese, H. C. (2005). Manual for the Extrapiramidal Symptom Rating Scale (ESRS). *Schizophrenia Research*, 76(2-3), 247-265. doi:10.1016/j.schres.2005.02.013
- Chu, C. C., Lee, S. Y., Sallach, H. S., Çęetingök, M. y Klein, H. E. (1986). Symptom differences between urban and rural schizophrenics in Turkey. *The International Journal of Social Psychiatry*, 32(3), 65-71.
- Chu, C. C., Sallach, H. S. y Klein, H. E. (1986). Differences in symptomatology and social adjustment between urban and rural schizophrenics. *Social Psychiatry. Sozialpsychiatrie. Psychiatrie Sociale*, 21(1), 10-14.
- Cichocki, L., Cechnicki, A., Franczyk-Glita, J., Bładziński, P., Kalisz, A. y Wroński, K. (2015). Quality of life in a 20-year follow-up study of people suffering from schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 133-140. doi:10.1016/j.comppsy.2014.09.017
- Cloninger, C. R., Svrakic, D. M. y Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975-990.

- Cramer, H., Lauche, R., Klose, P., Langhorst, J. y Dobos, G. (2013). Yoga for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 13, 32.
- Dan, A., Kumar, S., Avasthi, A. y Grover, S. (2011). A comparative study on quality of life of patients of schizophrenia with and without depression. *Psychiatry Research*, 189(2), 185-189. doi:10.1016/j.psychres.2011.02.017
- Davies, M. A., Bromet, E. J., Schulz, S. C., Dunn, L. O. y Morgenstern, M. (1989). Community adjustment of chronic schizophrenic patients in urban and rural settings. *Hospital y Community Psychiatry*, 40(8), 824-830.
- Delis, D., Kramer, J., Kaplan, E. y Ober, B. (1987). *California verbal learning test: adult version. Manual*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Dickerson, F. B., Ringel, N. B. y Parente, F. (1998). Subjective quality of life in outpatients with schizophrenia: clinical and utilization correlates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(2), 124-127.
- Eack, S. M. y Newhill, C. E. (2007). Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 33(5), 1225-1237.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L. y Cohen, J. (1976). The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33(6), 766-771.
- Eranti, S. V., MacCabe, J. H., Bundy, H. y Murray, R. M. (2013). Gender difference in age at onset of schizophrenia: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 43(01), 155-167. doi:10.1017/S003329171200089X
- EuroQol Group. (1990). EuroQol: a new facility for the measurement of health-related quality of life. The EuroQol Group. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 16(3), 199-208.
- Felce, D. y Perry, J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74.
- Fervaha, G., Agid, O., Takeuchi, H., Foussias, G. y Remington, G. (2013). Clinical determinants of life satisfaction in chronic schizophrenia: data from the CATIE

study. *Schizophrenia Research*, 151(1-3), 203-208.
doi:10.1016/j.schres.2013.10.021

Finerman, R. (2008). Trastornos específicos de determinadas culturas. En Organización Mundial de la Salud, *Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10* (3ª ed., pp. 233-244). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Fitzgerald, P. B., de Castella, A. R. A., Fíla, K., Collins, J., Brewer, K., Williams, C. L., Davey, P. y Kulkarni, J. (2003). A longitudinal study of patient- and observer-rated quality of life in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 119(1-2), 55-62.

Fitzgerald, P. B., Williams, C. L., Corteling, N., Fíla, S. L., Brewer, K., Adams, A., de Castella, A. R., Rolfé, T., Davey, P. y Kulkarni, J. (2001). Subject and observer-rated quality of life in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(5), 387-392.

Freeman, H. (2000). «Nivel de vida» y factores ambientales como componentes de calidad de vida en los trastornos mentales. En H. Katsching, H. Freeman, y N. Sartorius, *Calidad de vida en los trastornos mentales* (pp. 53-66). Barcelona: Masson.

Gaite, L., Vázquez-Barquero, J. L., Arrizabalaga, A., Schene, A. H., Welcher, B., Thornicroft, G., Ruggeri, M., Vázquez-Bourgon, E., Pérez, M. y Leese, M. (2000). Quality of life in schizophrenia: development, reliability and internal consistency of the Lancashire Quality of Life Profile--European Version. EPSILON Study 8. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, (39), s49-54.

Gaite, L., Vázquez-Barquero, J. L., Borra, C., Ballesteros, J., Schene, A., Welcher, B., Thornicroft, G., Becker, T., Ruggeri, M. y Herrán, A., EPSILON Study Group. (2002). Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(4), 283-292.

Gaite, L., Vázquez-Barquero, J. L., Herrán, A., Thornicroft, G., Becker, T., Sierra-Biddle, D., Ruggeri, M., Schene, A., Knapp, M., Vázquez-Bourgon, J. y EPSILON Group. (2005). Main determinants of Global Assessment of Functioning score in schizophrenia: a European multicenter study.

Comprehensive Psychiatry, 46(6), 440-446.
doi:10.1016/j.comppsy.2005.03.006

- Gajwani, R., Patterson, P. y Birchwood, M. (2013). Attachment: developmental pathways to affective dysregulation in young people at ultra-high risk of developing psychosis. *The British Journal of Clinical Psychology*, 52(4), 424-437.
- Galuppi, A., Turola, M. C., Nanni, M. G., Mazzoni, P. y Grassi, L. (2010). Schizophrenia and quality of life: how important are symptoms and functioning? *International Journal of Mental Health Systems*, 4, 31. doi:10.1186/1752-4458-4-31
- García-Portilla, M., Bascaran, M. T., Saiz, P. A., Parellada, M., Bousoño, M. y Bobes, J. (2011). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica* (6ª ed.). Madrid: CIBERSAM.
- Gladis, M. M., Gosch, E. A., Dishuk, N. M. y Crits-Christoph, P. (1999). Quality of life: expanding the scope of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 320-331.
- Gómez, L. E., Verdugo, M. A. y Arias, B. (2010). Calidad de vida individual: avances en su conceptualización y retos emergentes en el ámbito de la discapacidad. *Behavioral Psychology- Psicología Conductual*, 18(3), 453-472.
- Gómez, L., Verdugo, M. A., Arias, B. y Arias, V. (2011). A comparison of alternative models of individual quality of life for social service recipients. *Social Indicators Research*, 101, 109-126.
- Gottlieb, J., Fan, X. y Golf, D. (2010). Rating scales in schizophrenia. En L. Baer y M. A. Blais (Eds.), *Handbook of clinical rating scales and assessment in psychiatry and mental health* (pp. 209-238). New York: Springer Science y Business Media.
- Green, M. F., Kern, R. S., Braff, D. L. y Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the «right stuff»? *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 119-136.

- Griffith, E., González, C. y Blue, H. (2004). Introducción a la psiquiatría cultural. En R. Hales y S. Yudovsky, *Tratado de psiquiatría clínica* (4ª ed., pp. 1551-1583). Barcelona: Masson.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. (2009). *Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: I+CS N° 2007/05.*
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Forum de Salut Mental (2009). *Guía de Práctica Clínica Sobre La Esquizofrenia y El Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nª 2006/05-2.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hansson, L., Middelboe, T., Merinder, L., Bjarnason, O., Bengtsson-Tops, A., Nilsson, L., Sandlund, M., Sourander, A., Sørgaard, K. W. y Vinding, H. (1999). Predictors of subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. A Nordic multicentre study. *The International Journal of Social Psychiatry*, 45(4), 247-258.
- Hansson, L., Middelboe, T., Sørgaard, K. W., Bengtsson-Tops, A., Bjarnason, O., Merinder, L., Nilsson, L., Sandlund, M., Korkeila, J. y Vinding, H. R. (2002). Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(5), 343-350.
- Haro, J. M., Kamath, S. A., Ochoa, S., Novick, D., Rele, K., Fargas, A., Rodriguez, M. J., Rele, R., Orta, J., Kharbeng, A., Araya, S., Gervin, M., Alonso, J., Mavreas, V., Lavrentzou, E., Lontos, N., Gregor, K., Jones, P. B. y SOHO Study Group.

- (2003). The Clinical Global Impression-Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (416), 16-23.
- Haro, J. M., Novick, D., Perrin, E., Bertsch, J. y Knapp, M. (2014). Symptomatic remission and patient quality of life in an observational study of schizophrenia: Is there a relationship? *Psychiatry Research*, 220(1-2), 163-169. doi:10.1016/j.psychres.2014.07.034
- Harvey, P. D., Koren, D., Reichenberg, A. y Bowie, C. R. (2006). Negative symptoms and cognitive deficits: what is the nature of their relationship? *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 250-258. doi:10.1093/schbul/sbj011
- Hayhurst, K. P., Massie, J. A., Dunn, G., Lewis, S. W. y Drake, R. J. (2014). Validity of subjective versus objective quality of life assessment in people with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 14(1), 4. doi:10.1186/s12888-014-0365-x
- Heaton, R. K., Chelune, G. J., Talley, J. L., Kay, G. G. y Curtiss, G. (1993). *Wisconsin card sorting test manual: revised and expanded*. Odessa: Psychological Assessment Resources Inc.
- Heaton, R. K., Chelune, G. J., Talley, J. L., Kay, G. G. y Curtiss, G. (2009). *WCST. Test de clasificación de tarjetas de Wisconsin* (3^a ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Heaton, R. K., Gladsjo, J. A., Palmer, B. W., Kuck, J., Marcotte, T. D. y Jeste, D. V. (2001). Stability and course of neuropsychological deficits in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 58(1), 24-32.
- Heider, D., Angermeyer, M. C., Winkler, I., Schomerus, G., Bebbington, P. E., Brugha, T., Azorin, J. M. y Toumi, M. (2007). A prospective study of Quality of life in schizophrenia in three European countries. *Schizophrenia Research*, 93(1-3), 194-202. doi:10.1016/j.schres.2007.03.005
- Heinrichs, D. W., Hanlon, T. E. y Carpenter, W. T. Jr. (1984). The Quality of Life Scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10(3), 388-398.

- Heinrichs, R. W. y Zakzanis, K. K. (1998). Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*, *12*(3), 426-445.
- Heinze, M., Taylor, R. E., Priebe, S. y Thornicroft, G. (1997). The quality of life of patients with paranoid schizophrenia in London and Berlin. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *32*(5), 292-297.
- Heslegrave, R. J., Awad, A. G. y Voruganti, L. N. (1997). The influence of neurocognitive deficits and symptoms on quality of life in schizophrenia. *Journal of Psychiatry y Neuroscience: JPN*, *22*(4), 235-243.
- Hidalgo, A. (2013). El coste económico de la esquizofrenia en España. En J. Bobes y J. Saiz, *Impacto social de la esquizofrenia* (pp. 85-104). Barcelona: Glosa.
- Hofer, A., Kemmler, G., Eder, U., Edlinger, M., Hummer, M. y Fleischhacker, W. W. (2004). Quality of life in schizophrenia: the impact of psychopathology, attitude toward medication, and side effects. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *65*(7), 932-939.
- Hofer, A., Baumgartner, S., Edlinger, M., Hummer, M., Kemmler, G., Rettenbacher, M. A., Schweigkofler, H., Schwitzer, J. y Fleischhacker, W. W. (2005a). Patient outcomes in schizophrenia I: correlates with sociodemographic variables, psychopathology, and side effects. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, *20*(5-6), 386-394. doi:10.1016/j.eurpsy.2005.02.005
- Hofer, A., Baumgartner, S., Bodner, T., Edlinger, M., Hummer, M., Kemmler, G., Rettenbacher, M. A. y Fleischhacker, W. W. (2005b). Patient outcomes in schizophrenia II: the impact of cognition. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, *20*(5-6), 395-402. doi:10.1016/j.eurpsy.2005.02.006
- Hoff, A. L., Svetina, C., Shields, G., Stewart, J., & DeLisi, L. E. (2005). Ten year longitudinal study of neuropsychological functioning subsequent to a first episode of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *78*(1), 27-34. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2005.05.010>

- Ingram, R. y Luxton, D. (2005). Vulnerability-stress models. En B. Hankin y J. Abela, *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective*. California: Sage Publications, Inc.
- Jerrell, J. M. y Hrisko, S. (2013). A comparison of the PANSS Pentagonal and Van Der Gaag 5-factor models for assessing change over time. *Psychiatry Research*, 207(1-2), 134-139. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.12.010>
- Johnson, D. (2011). *A Compendium of Psychosocial Measures*. New York: Springer.
- Jones, S. H., Thornicroft, G., Coffey, M. y Dunn, G. (1995). A brief mental health outcome scale-reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *The British Journal of Psychiatry*, 166(5), 654-659.
- Judd, F. K., Jackson, H. J., Komiti, A., Murray, G., Hodgins, G. y Fraser, C. (2002). High prevalence disorders in urban and rural communities. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(1), 104-113.
- Kao, Y. C., Liu, Y. P., Chou, M. K. y Cheng, T. H. (2011). Subjective quality of life in patients with chronic schizophrenia: relationships between psychosocial and clinical characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, 52(2), 171-180. doi:10.1016/j.comppsy.2010.05.008
- Karamatskos, E., Mulert, C., Lambert, M. y Naber, D. (2012). Subjective well-being of patients with schizophrenia as a target of drug treatment. *Current Pharmaceutical Biotechnology*, 13(8), 1490-1499.
- Karow, A. y Pajonk, F. G. (2006). Insight and quality of life in schizophrenia: recent findings and treatment implications. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(6), 637-641. doi:10.1097/01.yco.0000245754.21621.c9
- Katschnig, H. (2000a). Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (407), 33-37.
- Katsching, H. (2000b). Utilidad del concepto de calidad de vida en psiquiatría. En H. Katsching, H. Freeman, y N. Sartorius, *Calidad de vida en los trastornos mentales* (pp. 3-15). Barcelona: Masson.

- Katschnig, H. (2006). Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 5(3), 139-145.
- Kaufman, A. y Lichtenberger, E. (2004). *Claves para la evaluación con el WAIS-III* (3ª ed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Kay, S. R., Fiszbein, A. y Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261-276.
- Kay, S. R. y Sevy, S. (1990). Pyramidal model of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 16(3), 537-545.
- Keefe, R. S. E. y Easley, C. (2012). Neurocognitive impairments. En J. A. Lieberman, S. Stroup y D. O. Perkins, *Essentials of schizophrenia* (pp. 73-93). Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Kelley, M. E., White, L., Compton, M. T., & Harvey, P. D. (2013). Subscale structure for the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): A proposed solution focused on clinical validity. *Psychiatry Research*, 205(1-2), 137-142. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.08.019>
- Kelly, B. D., O'Callaghan, E., Waddington, J. L., Feeney, L., Browne, S., Scully, P. J., Clarke, M., Quinn, J. F., McTigue, O., Morgan, M. G., Kinsella, A. y Larkin, C. (2010). Schizophrenia and the city: A review of literature and prospective study of psychosis and urbanicity in Ireland. *Schizophrenia Research*, 116(1), 75-89. doi:10.1016/j.schres.2009.10.015
- Kemmler, G., Holzner, B., Neudorfer, C., Meise, U. y Hinterhuber, H. (1997). General life satisfaction and domain-specific quality of life in chronic schizophrenic patients. *Quality of Life Research*, 6(3), 265-273.
- Keshavan, M. S., Kulkarni, S., Bhojraj, T., Francis, A., Diwadkar, V., Montrose, D. M., Seidman, L. J. y Sweeney, J. (2010). Premorbid cognitive deficits in young relatives of schizophrenia patients. *Frontiers in Human Neuroscience*, 3, 62. doi: 10.3389/neuro.09.062.2009.

- Keshavan, M. S., Diwadkar, V. A., Montrose, D. M. y Sweeney, J. A. (2005). Premorbid Indicators and risk for schizophrenia: a selective review and update. *Schizophrenia Research*, 79(1), 45-57.
- Khatri, N., Romney, D. M. y Pelletier, G. (2001). Validity of self-reports about quality of life among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 52(4), 534-535.
- Kovess-Masféty, V., Alonso, J., de Graaf, R. y Demyttenaere, K. (2005). A European approach to rural-urban differences in mental health: the ESEMeD 2000 comparative study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(14), 926-936.
- Kuha, A., Tuulio-Henriksson, A., Eerola, M., Perälä, J., Suvisaari, J., Partonen, T. y Lönnqvist, J. (2007). Impaired executive performance in healthy siblings of schizophrenia patients in a population-based study. *Schizophrenia Research*, 92(1-3), 142-150.
- Kulhara, P. (1994). Outcome of schizophrenia: some transcultural observations with particular reference to developing countries. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 244(5), 227-235.
- Kunikata, H., Mino, Y. y Nakajima, K. (2005). Quality of life of schizophrenic patients living in the community: the relationships with personal characteristics, objective indicators and self-esteem. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(2), 163-169. doi:10.1111/j.1440-1819.2005.01352.x
- Kurs, R., Farkas, H. y Ritsner, M. (2005). Quality of life and temperament factors in schizophrenia: comparative study of patients, their siblings and controls. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 14(2), 433-440.
- Kurtz, M. M., Bronfeld, M. y Rose, J. (2012). Cognitive and social cognitive predictors of change in objective versus subjective quality-of-life in rehabilitation for schizophrenia. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 102-107. doi:10.1016/j.psychres.2012.06.025

- Lambert, M. y Naber, D. (2004). Current issues in schizophrenia: overview of patient acceptability, functioning capacity and quality of life. *CNS Drugs*, 18 Suppl 2, 5-17; discussion 41-43.
- Lancon, C., Auquier, P., Launois, R., Toumi, M., Llorca, P. M., Bebbington, P. y Lehman, A. (2000). Evaluation of the quality of life of schizophrenic patients: validation of the brief version of the Quality of Life Interview. *L'Encéphale*, 26(4), 11-16.
- Langreo, A. y Benito, I. (2005). La mujer en la agricultura y en el medio rural. Recuperado el 4 de noviembre de 2014, a partir de <http://www.fademur.es>
- Larson, J. E., y Corrigan, P. W. (2010). Psychotherapy for self-stigma among rural clients. *Journal of Clinical Psychology*, 66(5), 524-536. doi:10.1002/jclp.20679
- Lederbogen, F., Kirsch, P., Haddad, L., Streit, F., Tost, H., Schuch, P., Wüsr, S., Pruessner, J. C., Rietschel, M., Deuschle, M. y Meyer-Lindenberg, A. (2011). City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. *Nature*, 474(7352), 498-501. doi:10.1038/nature10190
- Leff, L. (2000). En definitiva, ¿de quién es la vida? Calidad de vida de los pacientes crónicos dados de alta de hospitales psiquiátricos. En H. Katsching, H. Freeman y N. Sartorius, *Calidad de vida en los trastornos mentales* (pp. 231-242). Barcelona: Masson.
- Lehman, A. F. (1983a). The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 6(2), 143-151.
- Lehman, A. F. (1983b). The well-being of chronic mental patients. *Archives of General Psychiatry*, 40(4), 369-373.
- Lehman, A. F. (1988). A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 11(1), 51-62.
- Lehman, A. F. (1995). Quality of life issues and assessment among persons with schizophrenia. Recuperado el 13 de diciembre de 2013 a partir de

<https://www.ohsu.edu/xd/education/schools/schoolofmedicine/departments/clinical-departments/psychiatry/faculty/upload/schizophrenia.pdf>

- Lehman, A. F. (2000). Instrumentos para medir la calidad de vida en los trastornos mentales. En H. Katsching, H. Freeman y N. Sartorius, *Calidad de vida en los trastornos mentales* (pp. 77-92). Barcelona: Masson.
- Lehman, A. F., Kernan, E., DeForge, B. R. y Dixon, L. (1995). Effects of homelessness on the quality of life of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 46(9), 922-926.
- Lehman, A. F., Possidente, S. y Hawker, F. (1986). The quality of life of chronic patients in a state hospital and in community residences. *Hospital y Community Psychiatry*, 37(9), 901-907.
- Lehman, A. F., Postrado, L. T. y Rachuba, L. T. (1993). Convergent validation of quality of life assessments for persons with severe mental illnesses. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 2(5), 327-333.
- Lehman, A. F., Ward, N. C. y Linn, L. S. (1982). Chronic mental patients: the quality of life issue. *The American Journal of Psychiatry*, 139(10), 1271-1276.
- Lehrl, S. (1977). *Manual zum MWT-B*. Erlangen: Verlag.
- Leighton, J. (1993). The new era of quality of life assessment. En S. R. Walker y R. M. Rosser (Eds.), *Quality of Life Assessment: Key Issues in the 1990s* (pp. 3-10). United Kingdom: Kluwer Academic Publishers. Recuperado el 3 de junio de 2014 desde http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-011-2988-6_1
- Levitt, A. J., Hogan, T. P. y Bucosky, C. M. (1990). Quality of life in chronically mentally ill patients in day treatment. *Psychological Medicine*, 20(3), 703-710.
- Lindenmayer, J. P., Bernstein-Hyman, R. y Grochowski, S. (1994). Five-factor model of schizophrenia. Initial validation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(11), 631-638.

- Lindenmayer, J. P., Brown, E., Baker, R. W., Schuh, L. M., Shao, L., Tohen, M., Amhed, S. y Stauffer, V. L. (2004). An excitement subscale of the Positive and Negative Syndrome Scale. *Schizophrenia Research*, 68(2-3), 331-337. doi:10.1016/S0920-9964(03)00087-2
- Lucas-Carrasco, R. (2012). The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 21(1), 161-165.
- Maat, A., Fett, A.-K., Derks, E. y GROUP Investigators. (2012). Social cognition and quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 137(1-3), 212-218. doi:10.1016/j.schres.2012.02.017
- MacBeth, A., Schwannauer, M. y Gumley, A. (2008). The association between attachment style, social mentalities, and paranoid ideation: an analogue study. *Psychology and Psychotherapy*, 81(Pt 1), 79-93. <http://doi.org/10.1348/147608307X246156>
- Margariti, M., Ploumpidis, D., Economou, M., Christodoulou, G. N. y Papadimitriou, G. N. (2015). Quality of life in schizophrenia spectrum disorders: Associations with insight and psychopathology. *Psychiatry Research*, 225(3), 695-701. doi:10.1016/j.psychres.2014.11.016
- Margetić, B. A., Jakovljević, M., Ivanec, D. y Margetić, B. (2011). Temperament, character, and quality of life in patients with schizophrenia and their first-degree relatives. *Comprehensive Psychiatry*, 52(4), 425-430. doi:10.1016/j.comppsy.2010.08.007
- Marsella, A. J. (1988). Cross-cultural research on severe mental disorders: issues and findings. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 344, 7-22.
- Marwaha, S. y Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment: a review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 337-349. doi:10.1007/s00127-004-0762-4

- Marwaha, S., Johnson, S., Bebbington, P., Angermeyer, M. C., Brugha, T., Azorin, J.-M., Kilian, R., Kornfeld, A., Toumi, M. y EuroSC Study Group. (2008). Correlates of subjective quality of life in people with schizophrenia: findings from the EuroSC study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(2), 87-94. doi:10.1097/NMD.0b013e318162aa9c
- Mas-Expósito, L., Amador-Campos, J. A., Gómez-Benito, J., Lalucat-Jo, L. y Research Group on Severe Mental Disorder. (2011). The World Health Organization Quality of Life Scale Brief Version: a validation study in patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 20(7), 1079-1089.
- McFarlane, W. R., Levin, B., Travis, L., Lucas, F. L., Lynch, S., Verdi, M., Williams, D., Adelsheim, S., Calkins, R., Carter, C. S., Cornblatt, B., Taylor, S. F., Auther, A. M., McFarland, B., Mleton, R., Migliorati, M., Niendam, T., Ragland, J. D., Sale, T., Salvador, M. y Spring, E. (2014). Clinical and functional outcomes after 2 years in the early detection and intervention for the prevention of psychosis multisite effectiveness trial. *Schizophrenia Bulletin*, 41(1), 30-43. doi:10.1093/schbul/sbu108
- Meijer, C. J., Koeter, M. W. J., Sprangers, M. A. G. y Schene, A. H. (2009). Predictors of general quality of life and the mediating role of health related quality of life in patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(5), 361-368. doi:10.1007/s00127-008-0448-4
- Mezzich, J. E. y Schmolke, M. M. (2000). Calidad de vida y diagnóstico clínico comprensivo. En H. Katsching, H. Freeman, y N. Sartorius, *Calidad de vida en los trastornos mentales* (pp. 107-114). Barcelona: Masson.
- Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino. (2009a). *Población y Sociedad Rural*. Subdirección general de Análisis, prospectiva y Coordinación, Subsecretaría. Ministerio de Medio Ambiente y medio Rural y Marino.
- Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino. (2009b). *Condiciones de vida y posición social de las mujeres en el medio rural*. Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino: Dirección General de Desarrollo Sostenible del Medio Rural.

- Montemagni, C., Castagna, F., Crivelli, B., De Marzi, G., Frieri, T., Macrì, A. y Rocca, P. (2014). Relative contributions of negative symptoms, insight, and coping strategies to quality of life in stable schizophrenia. *Psychiatry Research*. doi:10.1016/j.psychres.2014.07.019
- Morosini, P. L., Magliano, L., Brambilla, L., Ugolini, S. y Pioli, R. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(4), 323-329.
- Morosini, P., Magliano, L. y Brambilla, L. (1998). *V.A.D.O Valutazione di Abilità e Definizione di Obiettivi*. Trento: Erickson.
- Morrison, A. P., Renton, J., Dunn, H., Williams, S. y Bentall, R. (2012). *La terapia cognitiva de la psicosis*. Barcelona: Herder.
- Mosanya, T. J., Adelufosi, A. O., Adebowale, O. T., Ogunwale, A. y Adebayo, O. K. (2013). Self-stigma, quality of life and schizophrenia: An outpatient clinic survey in Nigeria. *The International Journal of Social Psychiatry*, 60(4), 377-386. doi:10.1177/0020764013491738
- Müller, H., Laier, S. y Bechdolf, A. (2014). Evidence-based psychotherapy for the prevention and treatment of first-episode psychosis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264(1), 17-25. doi:10.1007/s00406-014-0538-0
- Najman, J. M. y Levine, S. (1981). Evaluating the impact of medical care and technologies on the quality of life: a review and critique. *Social Science y Medicine. Part F, Medical y Social Ethics*, 15(2-3), 107-115.
- Narvaez, J. M., Twamley, E. W., McKibbin, C. L., Heaton, R. K. y Patterson, T. L. (2008). Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98(1-3), 201-208.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Psychosis and schizophrenia in children and young people: Recognition and management: Guidance and guidelines NICE*. United Kingdom: National Institute for Health and Care

Excellence. Recuperado el 1 de febrero de 2014, a partir de <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG155>

National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. Guidance and guidelines*. United Kingdom: National Institute for Health and Care Excellence. Recuperado el 1 de febrero de 2014, a partir de <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG178>

Navarro, D. (2003). Rehabilitación psicosocial para enfermos mentales graves en contextos rurales: alternativas a los modelos tradicionales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (86), 105-122. doi:10.4321/S0211-57352003000200008

Nilsson, L. L., Ivarsson, B. y Lögdberg, B. (2002). Symptoms profile and quality of life in rural and urban patients with chronic psychoses. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(6), 419-423. doi:10.1080/08039480260389334

Nørholm, V. y Bech, P. (2007). Quality of life assessment in schizophrenia: applicability of the Lehman Quality of Life Questionnaire (TL-30). *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(6), 438-442. doi:10.1080/08039480701773154

Norman, R. M. G., Malla, A. K., Manchanda, R., Harricharan, R., Takhar, J. y Northcott, S. (2005). Social support and three-year symptom and admission outcomes for first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 80(2-3), 227-234. doi:10.1016/j.schres.2005.05.006

Norman, R. M., Malla, A. K., McLean, T., Voruganti, L. P., Cortese, L., McIntosh, E., Cheng, S. y Rickwood, A. (2000). The relationship of symptoms and level of functioning in schizophrenia to general wellbeing and the Quality of Life Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 303-309.

Ojeda, N., Peña, J., Segarra, R., Sánchez, P., Eguíluz, I., Elizagárate, E., Gutiérrez, M. y Ezcurra, J. (2009). *La predicción del diagnóstico de esquizofrenia*. Bilbao: Universidad de Deusto.

Ojeda, N., Sánchez, P., Peña, J., Elizagárate, E., Yoller, A. B., Gutiérrez-Fraile, M., Ezcurra, J. y Napal, O. (2012). An explanatory model of quality of life in

- schizophrenia: the role of processing speed and negative symptoms. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40(1), 10-18.
- Oliver, J. P., Huxley, P. J., Priebe, S. y Kaiser, W. (1997). Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(2), 76-83.
- Organisation for Economic Cooperation and Development y Working Party on Social Indicators. (1973). *List of social concerns common to most OECD countries*. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development, Manpower and Social Affairs Directorate.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10. Clasificación Internacional de Enfermedades: trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Orsel, S., Akdemir, A. y Dağ, I. (2004). The sensitivity of quality-of-life scale WHOQOL-100 to psychopathological measures in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 45(1), 57-61.
- Overall, J. E. y Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10(3), 799-812.
- Ow, C. Y. y Lee, B. O. (2012). Relationships between perceived stigma, coping orientations, self-esteem, and quality of life in patients with schizophrenia. *Asia-Pacific Journal of Public Health / Asia-Pacific Academic Consortium for Public Health*. Recuperado el 3 de noviembre de 2013, desde <http://aph.sagepub.com/content/early/2012/12/20/1010539512469246.long>
doi:10.1177/1010539512469246
- Peen, J., Dekker, J., Schoevers, R. A., Have, M. T., de Graaf, R. y Beekman, A. T. (2007). Is the prevalence of psychiatric disorders associated with urbanization? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(12), 984-989.
doi:10.1007/s00127-007-0256-2

- Peen, J., Schoevers, R. A., Beekman, A. T. y Dekker, J. (2010). The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(2), 84-93. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01438.
- Peña-Casanova, J., Fombuena, N. G. y Fullà, J. G. (2004). *Test neuropsicológicos: fundamentos para una neurología clínica basada en evidencias*. Barcelona: Masson.
- Peralta Martín, V. y Cuesta Zorita, M. J. (1994). Validation of positive and negative symptom scale (PANSS) in a sample of Spanish schizophrenic patients. *Actas luso-españolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines*, 22(4), 171-177.
- Peralta, V. y Cuesta, M. J. (1994). Psychometric properties of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 53(1), 31-40.
- Perkins, D. O. y Lieberman, J. A. (2012). Epidemiology and natural history. En J. A. Lieberman, S. Stroup y D. O. Perkins, *Essentials of schizophrenia* (pp. 1-10). Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., Strathdee, G., Loftus, L., McCrone, P. y Hayward, P. (1995). The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 167(5), 589-595.
- Prieto, L., Sacristán, J. A., Hormaechea, J. A., Casado, A., Badia, X. y Gómez, J. C. (2004). Psychometric validation of a generic health-related quality of life measure (EQ-5D) in a sample of schizophrenic patients. *Current Medical Research and Opinion*, 20(6), 827-835.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R. y Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370(9590), 859-877. doi:10.1016/S0140-6736(07)61238-0
- Pukrop, R., Schlaak, V., Möller-Leimkühler, A. M., Albus, M., Czernik, A., Klosterkötter, J., y Möller, H. J. (2003). Reliability and validity of Quality of Life assessed by the Short-Form 36 and the Modular System for Quality of Life in

- patients with schizophrenia and patients with depression. *Psychiatry Research*, 119(1-2), 63-79.
- Rijcken, C. A. W., Monster, T. B. M., Brouwers, J. R. B. J. y de Jong-van den Berg, L. T. W. (2003). Chlorpromazine equivalents versus defined daily doses: how to compare antipsychotic drug doses? *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 23(6), 657-659. doi:10.1097/01.jcp.0000096247.29231.3a
- Ritsner, M. (2003). Predicting changes in domain-specific quality of life of schizophrenia patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(5), 287-294. doi:10.1097/01.NMD.0000066150.38204.F6
- Ritsner, M. (2007a). The distress/protection vulnerability model of quality of life impairment syndrome. En M. S. Ritsner y A. G. Awad, *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders: New Perspectives on Research and Treatment* (pp. 3-20). Dordrecht: Springer.
- Ritsner, M. (2007b). Comparison of instruments for measuring the quality of life impairment syndrome in severe mental disorder. En M. Ritsner y A. G. Awad, *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders: New Perspectives on Research and Treatment* (pp. 133-155). Dordrecht: Springer.
- Ritsner, M. S. (2007c). Predicting quality of life impairment in chronic schizophrenia from cognitive variables. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 16(6), 929-937.
- Ritsner, M. (2011). Quality of life deficit is a core presentation of functional psychoses. En M. Ritsner, *Handbook of schizophrenia spectrum disorders* (pp. 165-194). Dordrecht: Springer.
- Ritsner, M., Ben-Avi, I., Ponizovsky, A., Timinsky, I., Bistrov, E. y Modai, I. (2003a). Quality of life and coping with schizophrenia symptoms. *Quality of Life Research*, 12(1), 1-9.
- Ritsner, M., Farkas, H. y Gibel, A. (2003b). Satisfaction with quality of life varies with temperament types of patients with schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(10), 668-674. doi:10.1097/01.nmd.0000092176.87288.2e

- Ritsner, M. y Gibel, A. (2007). Quality of life impairment syndrome in schizophrenia. En M. Ritsner y A. G. Awad, *Quality of Life Impairment in Schizophrenia, Mood and Anxiety Disorders: New Perspectives on Research and Treatment* (pp. 173-226). Dordrecht: Springer.
- Ritsner, M., Gibel, A. y Ratner, Y. (2006). Determinants of changes in perceived quality of life in the course of schizophrenia. *Quality of Life Research*, 15(3), 515-526.
- Ritsner, M., Kurs, R., Gibel, A., Hirschmann, S., Shinkarenko, E. y Ratner, Y. (2003c). Predictors of quality of life in major psychoses: a naturalistic follow-up study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64(3), 308-315.
- Ritsner, M., Kurs, R., Ratner, Y. y Gibel, A. (2005). Condensed version of the Quality of Life Scale for schizophrenia for use in outcome studies. *Psychiatry Research*, 135(1), 65-75. doi:10.1016/j.psychres.2005.01.007
- Ritsner, M., Modai, I., Endicott, J., Rivkin, O., Nechamkin, Y., Barak, P., Goldin, V. y Ponizovsky, A. (2000). Differences in quality of life domains and psychopathologic and psychosocial factors in psychiatric patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61(11), 880-889; quiz 890.
- Ritsner, M., Rabinowitz, J. y Slyuzberg, M. (1995). The Talbieh Brief Distress Inventory: a brief instrument to measure psychological distress among immigrants. *Comprehensive Psychiatry*, 36(6), 448-453.
- Ritsner, M. S., Lisker, A. y Arbitman, M. (2012a). Ten-year quality of life outcomes among patients with schizophrenia and schizoaffective disorders: I. Predictive value of disorder-related factors. *Quality of Life Research*, 21(5), 837-847. doi:10.1007/s11136-011-9988-2
- Ritsner, M. S., Arbitman, M., Lisker, A. y Ponizovsky, A. M. (2012b). Ten-year quality of life outcomes among patients with schizophrenia and schizoaffective disorder II. Predictive value of psychosocial factors. *Quality of Life Research*, 21(6), 1075-1084. doi:10.1007/s11136-011-0015-4

- Ritsner, M. S. y Grinshpoon, A. (2013). Ten-year quality of life outcomes of patients with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Clinical Schizophrenia y Related Psychoses*, 1-32. doi:10.3371/CSRP.RIGR.030813
- Ritsner, M. S., Lisker, A. y Grinshpoon, A. (2014). Predicting 10-year quality-of-life outcomes of patients with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68(4), 308-317. doi:10.1111/pcn.12135
- Rocca, P., Giugiario, M., Montemagni, C., Rigazzi, C., Rocca, G. y Bogetto, F. (2009). Quality of life and psychopathology during the course of schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 50(6), 542-548.
- Rodriguez, A., Rodriguez, A., Esparcia, A., Soler, R., Miarons, R. y Grau, A. (1995). Estudio factorial y adaptación de la escala de calidad de vida en la esquizofrenia (QLS). *Revista de psicología general y aplicada*, 48(3), 353-364.
- Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D. y Parker, G. (1989). The life skills profile: a measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 325-337.
- Rosenfield, S. (1992). Factors contributing to the subjective quality of life of the chronic mentally ill. *Journal of Health and Social Behavior*, 33(4), 299-315.
- Ruggeri, M. y Dall'Agnola, R. (1993). The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals. *Psychological Medicine*, 23(2), 511-523.
- Ruiu, S., Casu, M. A., Casu, G., Piras, S. y Marchese, G. (2012). Effects of controlled-release formulations of atypical antipsychotics on functioning and quality of life of schizophrenic individuals. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 13(11), 1631-1643. doi:10.1517/14656566.2012.690397
- Russo, J., Roy-Byrne, P., Reeder, D., Alexander, M., Dwyer-O'Connor, E., Dagadakis, C., Ries, R. y Patrick, D. (1997). Longitudinal assessment of quality of life in

- acute psychiatric inpatients: reliability and validity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(3), 166-175.
- Saarni, S. I., Viertiö, S., Perälä, J., Koskinen, S., Lönnqvist, J. y Suvisaari, J. (2010). Quality of life of people with schizophrenia, bipolar disorder and other psychotic disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 386-394. doi:10.1192/bjp.bp.109.076489
- Sahakian, B. J. y Owen, A. M. (1992). Computerized assessment in neuropsychiatry using CANTAB: discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 85(7), 399-402.
- Sainfort, F., Becker, M. y Diamond, R. (1996). Judgments of quality of life of individuals with severe mental disorders: Patient self-report versus provider perspectives. *The American Journal of Psychiatry*, 153(4), 497-502.
- Sánchez-Cubillo, I., Periáñez, J. A., Adrover-Roig, D., Rodríguez-Sánchez, J. M., Ríos-Lago, M., Tirapu, J. y Barceló, F. (2009). Construct validity of the Trail Making Test: role of task-switching, working memory, inhibition/interference control, and visuomotor abilities. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*, 15(3), 438-450. doi:10.1017/S1355617709090626
- Sartorius, N. (2000). Calidad de vida y trastornos mentales: perspectiva global. En H. Katsching, H. Freeman y N. Sartorius, *Calidad de vida en los trastornos mentales* (pp. 307-315). Barcelona: Masson.
- Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Barcelona: Alianza.
- Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2006). Revisión actualizada del concepto de calidad de vida. En M. A. Verdugo, *Como mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad* (pp. 29-41). Salamanca: Amarú.
- Schalock, R. L., Verdugo, M. A., Jenaro, C., Wang, M., Wehmeyer, M., Jiancheng, X. y Lachapelle, Y. (2005). Cross-cultural study of quality of life indicators. *American Journal of Mental Retardation: AJMR*, 110(4), 298-311. doi:10.1352/0895-8017(2005)110[298:CSOQOL]2.0.CO;2

- Schomerus, G., Heider, D., Angermeyer, M. C., Bebbington, P. E., Azorin, J. M., Brugha, T. y Toumi, M.: European Schizophrenia Cohort. (2007). Residential area and social contacts in schizophrenia. Results from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(8), 617-622. doi:10.1007/s00127-007-0220-1
- Schwartz, R. C. (2007). Concurrent validity of the Global Assessment of Functioning Scale for clients with schizophrenia. *Psychological Reports*, 100(2), 571-574. doi:10.2466/pr0.100.2.571-574
- Shah, R., Kulhara, P., Grover, S., Kumar, S., Malhotra, R. y Tyagi, S. (2011). Contribution of spirituality to quality of life in patients with residual schizophrenia. *Psychiatry Research*, 190(2-3), 200-205. doi:10.1016/j.psychres.2011.07.034
- Simpson, G. M. y Angus, J. W. (1970). A rating scale for extrapyramidal side effects. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 212, 11-19.
- Skantze, K., Malm, U., Dencker, S. J., May, P. R. y Corrigan, P. (1992). Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 161, 797-801.
- Sørgaard, K. W., Hansson, L., Heikkilä, J., Vinding, H. R., Bjarnason, O., Bengtsson-Tops, A., Melinder, L., Nilsson, L.L., Sandlund, M. y Middelboe, T. (2001). Predictors of social relations in persons with schizophrenia living in the community: a Nordic multicentre study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(1), 13-19.
- Sørgaard, K. W., Sandlund, M., Heikkilä, J., Hansson, L., Vinding, H. R., Bjarnason, O., Bengtsson-Tops, A., Merider, L., Nilsson, L. L. y Middelboe, T. (2003). Schizophrenia and contact with health and social services: a Nordic multi-centre study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(4), 253-261. doi:10.1080/08039480310002138
- Sota, T. L. y Heinrichs, R. W. (2004). Demographic, clinical, and neurocognitive predictors of quality of life in schizophrenia patients receiving conventional

- neuroleptics. *Comprehensive Psychiatry*, 45(5), 415-421.
doi:10.1016/j.comppsy.2004.06.010
- Stefanovics, E. A., Elkis, H., Zhening, L., Zhang, X. Y., & Rosenheck, R. A. (2014). A cross-national factor analytic comparison of three models of PANSS symptoms in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 219(2), 283-289.
<http://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.041>
- Startup, M., Jackson, M. C. y Bendix, S. (2002). The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 41(4), 417-422.
- Strous, R. D., Ratner, Y., Gibel, A., Ponizovsky, A. y Ritsner, M. (2005). Longitudinal assessment of coping abilities at exacerbation and stabilization in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 46(3), 167-175.
doi:10.1016/j.comppsy.2004.07.035
- Sullivan, G., Wells, K. B. y Leake, B. (1992). Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. *Hospital y Community Psychiatry*, 43(8), 794-798.
- Switaj, P., Wciórka, J., Smolarska-Switaj, J. y Grygiel, P. (2009). Extent and predictors of stigma experienced by patients with schizophrenia. *European Psychiatry*, 24(8), 513-520. doi:10.1016/j.eurpsy.2009.06.003
- Tang, I. C. y Wu, H. C. (2012). Quality of life and self-stigma in individuals with schizophrenia. *The Psychiatric Quarterly*, 83(4), 497-507. doi:10.1007/s11126-012-9218-2
- Thara, R., Henrietta, M., Joseph, A., Rajkumar, S. y Eaton, W. W. (1994). Ten-year course of schizophrenia: the Madras longitudinal study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90(5), 329-336.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., Leese, M. y INDIGO Study Group. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*, 373(9661), 408-415.
doi:10.1016/S0140-6736(08)61817-6

- Tizón, J. L. (2013). *Entender las psicosis: hacia un enfoque integrador*. Barcelona: Herder.
- Tolman, A. W. y Kurtz, M. M. (2012). Neurocognitive predictors of objective and subjective quality of life in individuals with schizophrenia: a meta-analytic investigation. *Schizophrenia Bulletin*, 38(2), 304-315. doi:10.1093/schbul/sbq077
- Tomotake, M. (2011). Quality of life and its predictors in people with schizophrenia. *The Journal of Medical Investigation: JMI*, 58(3-4), 167-174.
- Tomotake, M., Kaneda, Y., Iga, J.-I., Kinouchi, S., Tayoshi, S., Motoki, I., Sumitani, S., Yamauchi, K., Taniguchi, T., Ishimoto, Y., Ueno, S. y Ohmori, T. (2006). Subjective and objective measures of quality of life have different predictors for people with schizophrenia. *Psychological Reports*, 99(2), 477-487. doi:10.2466/pr0.99.2.477-487
- Torres, A. y Olivares, J. M. (2005). Validation of the Spanish version of the Social Functioning Scale. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(4), 216-220.
- Touriño, R., Inglott, R., Baena, E. y Fernández, J. (2004). *Guía de intervención familiar en la esquizofrenia*. 2ª Ed. Barcelona: Glosa.
- Üçok, A., Gorwood, P., Karadayı, G. y EGOFORs. (2012). Employment and its relationship with functionality and quality of life in patients with schizophrenia: EGOFORs Study. *European Psychiatry*, 27(6), 422-425. doi:10.1016/j.eurpsy.2011.01.014
- Ueoka, Y., Tomotake, M., Tanaka, T., Kaneda, Y., Taniguchi, K., Nakataki, M., Numata, S., Tayoshi, S., Yamauchi, K., Sumitani, S., Ohmori, T., Ueno, S. y Ohmori, T. (2011). Quality of life and cognitive dysfunction in people with schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology y Biological Psychiatry*, 35(1), 53-59.
- Urzúa M, A. (2010). Health related quality of life: Conceptual elements. *Revista Médica de Chile*, 138(3), 358-365. doi:/S0034-98872010000300017

- Urzúa M, A. y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. doi:10.4067/S0718-48082012000100006
- Vallejo, J. (2006). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. (6ª Ed.). Barcelona: Masson.
- Vancampfort, D., Probst, M., Helvik Skjaerven, L., Catalán-Matamoros, D., Lundvik-Gyllensten, A., Gómez-Conesa, A., Ijntema, R. y de Hert, M. (2012). Systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with schizophrenia. *Physical Therapy*, 92(1), 11-23. doi:10.2522/ptj.20110218
- Vandiver, V. L. (1998). Quality of life, gender and schizophrenia: a cross-national survey in Canada, Cuba, and U.S.A. *Community Mental Health Journal*, 34(5), 501-511.
- Van der Gaag, M., Cuijpers, A., Hoffman, T., Remijnsen, M., Hijman, R., de Haan, L., van Meijer, B., van Harten, P., Valmaggia, L., de Hert, M., Cuijpers, A. y Wiersma, D. (2006). The five-factor model of the Positive and Negative Syndrome Scale I: confirmatory factor analysis fails to confirm 25 published five-factor solutions. *Schizophrenia Research*, 85(1-3), 273-279. <http://doi.org/10.1016/j.schres.2006.04.001>
- Van Wijngaarden, B., Schene, A. H., Koeter, M., Vázquez-Barquero, J. L., Knudsen, H. C., Lasalvia, A. y McCrone, P. (2000). Caregiving in schizophrenia: development, internal consistency and reliability of the Involvement Evaluation Questionnaire: European Version. EPSILON Study 4. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs. *The British Journal of Psychiatry. Supplement*, (39), s21-27.
- Vazquez-Barquero, J. L., Gaité, L., Ramirez, N., García, E., Borra, C., Sanz, O., Bobes, J. y Oliver, J. P. (1997). Desarrollo de la versión española del perfil de calidad de vida de Lancashire (LQOLP). *Archivos de neurobiología*, 60(2), 125-39.

- Vázquez Morejón, A. J., y Jiménez Ga-Bóveda, R. (2000). Social Functioning Scale: new contributions concerning its psychometric characteristics in a Spanish adaptation. *Psychiatry Research*, 93(3), 247-256.
- Ventura, J., Hellemann, G. S., Thames, A. D., Koellner, V. y Nuechterlein, K. H. (2009). Symptoms as mediators of the relationship between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 113(2-3), 189-199. doi:10.1016/j.schres.2009.03.035
- Verdugo, M. A., Arias, B., Gomez, L. y Schalock, R. L. (2008). *Formulario de la Escala GENCAT de Calidad de vida*. Barcelona: Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya.
- Verdugo, M. A., Arias, B., Gomez, L. y Schalock, R. L. (2009). *Escala GENCAT: manual de aplicación de la Escala GENCAT de Calidad de vida*. Barcelona: Departamento de Acción Social y Ciudadanía de la Generalitat de Catalunya.
- Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Arias, B., Gomez, L. y Urriés, B. (2013). Calidad de vida. En M. A. Verdugo y R. L. Schalock, *Discapacidad e inclusión, manual para la docencia* (pp. 443-461). Salamanca: Amarú.
- Verghese, A., Dube, K. C., John, J. K., Kumar, N., Nandi, D. N., Parhee, R., Rajkumar, S., Richard, J., Menon, S. M., Sethi, B. B. y Trivedi, J. K. (1990). Factors associated with the course and outcome of schizophrenia a multicentred follow-up study: result of five year follow-up. *Indian Journal of Psychiatry*, 32(3), 211-216.
- Vilagut, G. y Alonso, J. (2007). SF-36, SF-12, SF-8. En M. Güel y F. Morante, *Manual SEPAR de procedimientos: herramientas para la medida de la calidad de vida relacionada con la salud* (pp. 23-30). Barcelona: SEPAR.
- Voruganti, L., Heslegrave, R., Awad, A. G. y Seeman, M. V. (1998). Quality of life measurement in schizophrenia: reconciling the quest for subjectivity with the question of reliability. *Psychological Medicine*, 28(1), 165-172.

- Wagner, S., Helmreich, I., Dahmen, N., Lieb, K. y Tadic, A. (2011). Reliability of three alternate forms of the trail making tests a and B. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 26(4), 314-321. doi:10.1093/arclin/acr024
- Wang, M., Schalock, R. L., Verdugo, M. A. y Jenaro, C. (2010). Examining the factor structure and hierarchical nature of the quality of life construct. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 115(3), 218-233. doi:10.1352/1944-7558-115.3.218
- Ware, J. E., Jr. y Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Warner, R., de Girolamo, G., Belelli, G., Bologna, C., Fioritti, A. y Rosini, G. (1998). The quality of life of people with schizophrenia in Boulder, Colorado, and Bologna, Italy. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 559-568.
- Wechsler, D. (1999). *WAIS-III. Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-III*. Madrid: TEA.
- Weinberger, D. R. (1987). Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 44(7), 660-669.
- White, L., Harvey, P. D., Opler, L. y Lindenmayer, J. P. (1997). Empirical assessment of the factorial structure of clinical symptoms in schizophrenia. A multisite, multimodel evaluation of the factorial structure of the Positive and Negative Syndrome Scale. The PANSS Study Group. *Psychopathology*, 30(5), 263-274.
- Whitty, P., Browne, S., Clarke, M., McTigue, O., Waddington, J., Kinsella, T., Larkin, C. y O'Callaghan, E. (2004). Systematic comparison of subjective and objective measures of quality of life at 4-year follow-up subsequent to a first episode of psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(12), 805-809.
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science y Medicine* (1982), 41(10), 1403-1409.

- Wilkinson, G., Hesdon, B., Wild, D., Cookson, R., Farina, C., Sharma, V., Fitzpatrick, R. y Jenkinson, C. (2000). Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 42-46.
- Wilson, K. A., Dowling, A. J., Abdoell, M. y Tannock, I. F. (2000). Perception of quality of life by patients, partners and treating physicians. *Quality of Life Research*, 9(9), 1041-1052.
- Woon, P. S., Chia, M. Y., Chan, W. Y. y Sim, K. (2010). Neurocognitive, clinical and functional correlates of subjective quality of life in Asian outpatients with schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology y Biological Psychiatry*, 34(3), 463-468. doi:10.1016/j.pnpbp.2010.01.014
- World Health Organization. (2011). *World Report on Disability 2011*. Ginebra: WHO.
- World Health Organization. (2012). *WHOQOL User Manual*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. WHOQOL Group. (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. Geneva: OMS.
- World Health Organization. WHOQOL Group. (1998a). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science y Medicine* (1982), 46(12), 1569-1585.
- World Health Organization. WHOQOL Group. (1998b). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-558.
- Xiang, Y. T., Wang, Y., Wang, C. Y., Chiu, H. F. K., Chen, Q., Chan, S. S. M., Lai, K. Y., Lee, E. H. y Ungvari, G. S. (2012). Association of insight with sociodemographic and clinical factors, quality of life, and cognition in Chinese patients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 53(2), 140-144. doi:10.1016/j.comppsy.2011.04.001
- Xiang, Y. T., Weng, Y. Z., Leung, C. M., Tang, W. K. y Ungvari, G. S. (2008). Subjective quality of life in outpatients with schizophrenia in Hong Kong and

- Beijing: relationship to socio-demographic and clinical factors. *Quality of Life Research*, 17(1), 27-36. doi:10.1007/s11136-007-9285-2
- Yamauchi, K., Aki, H., Tomotake, M., Iga, J., Numata, S., Motoki, I., Izaki, Y., Tayoshi, S., Kinouchi, S., Sumitani, S., Tayoshi, S., Takikawa, Y., Kaneda, Y., Taniguchi, T., Ishimoto, Y., Ueno, S. y Ohmori, T. (2008). Predictors of subjective and objective quality of life in outpatients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(4), 404-411. doi:10.1111/j.1440-1819.2008.01818.x
- Yeung, F. K. C. y Chan, S. H. W. (2006). Clinical characteristics and objective living conditions in relation to quality of life among community-based individuals of schizophrenia in Hong Kong. *Quality of Life Research*, 15(9), 1459-1469. doi:10.1007/s11136-006-0006-z
- Zammit, S., Lewis, G., Rasbash, J., Dalman, C., Gustafsson, J.-E. y Allebeck, P. (2010). Individuals, schools, and neighborhood: a multilevel longitudinal study of variation in incidence of psychotic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67(9), 914-922. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.101
- Zimmermann, P. y Fimm, B. (2004). A test battery for attentional performance. En M. Leclercq y P. Zimmermann, *Applied Neuropsychology of Attention: Theory, Diagnosis and Rehabilitation* (pp. 110-152). Florence: Psychology Press.
- Zissi, A., Barry, M. M. y Cochrane, R. (1998). A mediational model of quality of life for individuals with severe mental health problems. *Psychological Medicine*, 28(5), 1221-1230.

ANEXO 1
Protocolo de recogida de datos

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

| | | | |
|-----------------|--------|--------------------------------|---------------------------------|
| Identificación: | Fecha: | <input type="checkbox"/> RURAL | <input type="checkbox"/> URBANO |
|-----------------|--------|--------------------------------|---------------------------------|

SEXO:

- Mujer Hombre

FECHA DE NACIMIENTO: _____.

LUGAR DE NACIMIENTO: _____.

LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL: _____.

TIEMPO EN LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL (años): _____.

LUGAR/ES DE RESIDENCIA ANTERIOR/ES (si procede)(especificar tiempo): _____.

_____.

Nº DE HERMANOS: _____.

Nº HIJO EN LA FAMILIA (el mayor=1): _____.

NÚCLEO DE CONVIVENCIA:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Solo | <input type="checkbox"/> Convivencia en pareja |
| <input type="checkbox"/> Familia de origen | <input type="checkbox"/> Familia propia |
| <input type="checkbox"/> Otros familiares | <input type="checkbox"/> Residencia/piso protegido |
| <input type="checkbox"/> Piso compartido | <input type="checkbox"/> Otros: _____. |

ESTADO CIVIL:

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Soltero/a | <input type="checkbox"/> Separado/a | <input type="checkbox"/> Otros: _____. |
| <input type="checkbox"/> En pareja | <input type="checkbox"/> Divorciado/a | |
| <input type="checkbox"/> Casado/a | <input type="checkbox"/> Viudo/a | |

NIVEL DE ESTUDIOS (marcar el nivel más alto):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Secundarios completos |
| <input type="checkbox"/> Primarios incompletos | <input type="checkbox"/> Universitarios incompletos |
| <input type="checkbox"/> Primarios completos | <input type="checkbox"/> Universitarios completos |
| <input type="checkbox"/> Secundarios incompletos | <input type="checkbox"/> Otros: _____. |

SITUACIÓN LABORAL:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> ILT |
| <input type="checkbox"/> Ama de casa | <input type="checkbox"/> ILP |
| <input type="checkbox"/> Activo ocupado | <input type="checkbox"/> Jubilado |
| <input type="checkbox"/> Activo parado | <input type="checkbox"/> Trabajo protegido |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____. | |

EDAD DE INICIO DE LA ENFERMEDAD: _____.

AÑOS EN TRATAMIENTO: _____.

Nº INGRESOS ANTERIORES: _____.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

- Sí. No.
 Madre: _____.
 Padre: _____.
 Otros: _____.

TRATAMIENTO ACTUAL:

| Fármaco | Vía de administración | Dosis |
|---------|-----------------------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____.

OTRO DIAGNÓSTICO (si procede): _____.

CONSUMO DE TÓXICOS:

- No. Si antecedentes, no actuales. Sí.

Especificar tipo de tóxico:

- Tabaco. Alcohol. Cannabis. Opiáceos.
 Cocaína. Anfetaminas. Otros: _____.

ANEXO 2

Documento de Consentimiento Informado

**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
PARTICIPAR EN EL ESTUDIO:
Calidad de vida y factores asociados en la esquizofrenia.**

Investigador principal: M^a Isabel Gutiérrez López
Centro de Salud Mental Área II- SESPA
c/ Uría, 2, 2^a planta. Cangas del Narcea. 33800.

0. IDENTIFICACIÓN.

Nombre del paciente:

Nombre del profesional que informa:

1. INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIO

La esquizofrenia es una enfermedad crónica que se asocia a un complejo grupo de síntomas y que afecta a la mayoría de las funciones mentales. La investigación actual se está centrando en encontrar formas de intervención que permitan mejorar la calidad de vida de las personas con esquizofrenia. Con el objetivo de ampliar el conocimiento sobre la calidad de vida en la esquizofrenia así como los factores asociados a ésta, surge el presente estudio. En éste se evaluarán a distintas personas con esquizofrenia pertenecientes al medio rural y urbano mediante cuestionarios que miden la calidad de vida así como otros factores más frecuentemente asociados a ella: los síntomas, el funcionamiento cognitivo y la independencia funcional.

2. IMPLICACIONES PARA LOS PARTICIPANTES

En ningún caso el usuario deberá someterse a un tratamiento especial. Su participación consistirá solamente en cumplimentar los cuestionarios pertinentes así como la realización de una evaluación cognitiva y psicopatológica que será llevada a cabo por una persona perteneciente a la investigación y/o por su terapeuta habitual.

Gracias a su colaboración se puede obtener información que ayude a ampliar el conocimiento existente sobre esta enfermedad y así contribuir al desarrollo de formas más eficaces de tratamiento. Es por ello que solicitamos su participación, dado que es imprescindible para ello su aportación.

3. RIESGOS/BENEFICIOS

No se esperan beneficios adicionales a los inherentes al tratamiento habitual, salvo que el clínico, y el paciente si así lo desea, van a conocer con mayor exactitud el estado del paciente. La participación en el presente estudio no conlleva ningún riesgo para el paciente.

4. COSTE/COMPENSACIÓN

No existe ningún coste por participar en este estudio ni se recibirá compensación económica por participar en él. Si lo desea y lo solicita, se le podrá facilitar los resultados de las evaluaciones realizadas.

5. CONFIDENCIALIDAD

Toda la información que sobre los participantes se recoja será estrictamente confidencial y siempre estará garantizado su anonimato.

En todo caso, si usted no desea participar en el estudio, será atendido igualmente y con la misma calidad que cualquier otro usuario. Asimismo, tiene derecho a abandonar el estudio en cualquier momento sin que ello suponga perjuicio alguno en el tratamiento o cuidados recibidos por parte de su clínico habitual.

6. DECLARO

Que he leído y entendido el presente formulario y que he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Que doy mi consentimiento para participar en la investigación.

Firma del investigador

Firma del paciente

Fecha

NOTA: Se harán tres copias del consentimiento informado una será para el investigador principal, otra para la historia clínica del paciente y la última para el paciente o sus familiares.

ANEXO 3

Aprobación del Comité de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS >

Comité Ético de Investigación Clínica
Regional del Principado de Asturias
C/ Celestino Villamil s/n
33006 -Oviedo
Tfno: 985.10.79.27/985.10.80.28
Fax: 985.10.87.11
e-mail: ceicr_asturias@hca.es

Área Sanitaria

Oviedo, 17 de Abril de 2012

El Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias, ha revisado el Proyecto nº 40/12, titulado: "CALIDAD DE VIDA Y FACTORES ASOCIADOS EN LA ESQUIZOFRENIA EN EL MEDIO RURAL". Investigadora Principal D^a M^a Isabel Gutiérrez López Psicóloga Clínica del Centro de Salud Mental del área II (SESPA)

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado proyecto reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y en consecuencia emite su autorización.

Le recuerdo que deberá guardarse la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este proyecto.

Fdo: Eduardo Arnáez Moral
Secretario del Comité Ético de Investigación
Clínica Regional del Principado de Asturias



ANEXO 4

Estadísticos descriptivos, diagramas de tallo y hojas y box-plots de las variables de calidad de vida

Descriptivos de las escalas de Calidad de Vida

| | | Estadístico | Error típ. | |
|-------------|-----------------------------|-----------------|------------|------|
| QLS Total | Media | 66,0882 | 2,51368 | |
| | Intervalo de confianza para | Límite inferior | 61,0709 | |
| | la media al 95% | Límite superior | 71,1056 | |
| | Media recortada al 5% | | 66,4314 | |
| | Mediana | | 64,0000 | |
| | Varianza | | 429,664 | |
| | Desv. típ. | | 20,72833 | |
| | Mínimo | | 18,00 | |
| | Máximo | | 106,00 | |
| | Rango | | 88,00 | |
| | Amplitud intercuartil | | 26,75 | |
| | Asimetría | | -,210 | ,291 |
| | Curtosis | | -,393 | ,574 |
| <hr/> | | | | |
| WHOQOL-BREF | Media | 12,5037 | ,24616 | |
| Total | Intervalo de confianza para | Límite inferior | 12,0123 | |
| | la media al 95% | Límite superior | 12,9950 | |
| | Media recortada al 5% | | 12,5131 | |
| | Mediana | | 12,5000 | |
| | Varianza | | 4,120 | |
| | Desv. típ. | | 2,02986 | |
| | Mínimo | | 7,75 | |
| | Máximo | | 16,50 | |
| | Rango | | 8,75 | |
| | Amplitud intercuartil | | 2,50 | |
| | Asimetría | | ,098 | ,291 |
| | Curtosis | | -,464 | ,574 |

Diagrama de tallo y hojas para la escala QLS

| Frequency | Stem & Leaf |
|-----------|---------------------|
| 1,00 | 1 . 8 |
| 3,00 | 2 . 468 |
| 5,00 | 3 . 13389 |
| 2,00 | 4 . 66 |
| 14,00 | 5 . 00112335666788 |
| 14,00 | 6 . 122233444446888 |
| 12,00 | 7 . 1555678888889 |
| 7,00 | 8 . 0113577 |
| 8,00 | 9 . 01577789 |
| 2,00 | 10 . 56 |

Stem width: 10,00
Each leaf: 1 case(s)

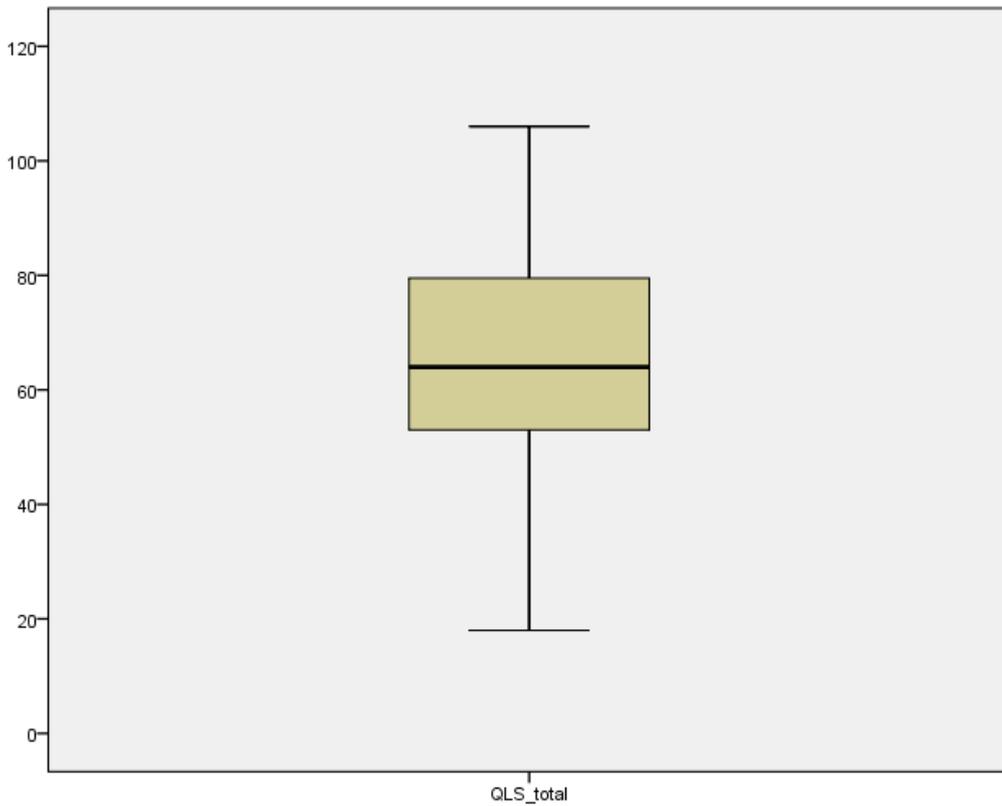


Figura 5. Box-plot de la escala QLS.

Diagrama de tallo y hojas para la escala WHOQOL-BREF

| Frequency | Stem & Leaf |
|-----------|--------------------|
| 1,00 | 7 . 7 |
| 1,00 | 8 . 5 |
| 4,00 | 9 . 0577 |
| 10,00 | 10 . 0222257777 |
| 12,00 | 11 . 222225557777 |
| 12,00 | 12 . 02225555577 |
| 13,00 | 13 . 0000022557777 |
| 3,00 | 14 . 025 |
| 7,00 | 15 . 0022557 |
| 5,00 | 16 . 00225 |

Stem width: 1,00
 Each leaf: 1 case(s)

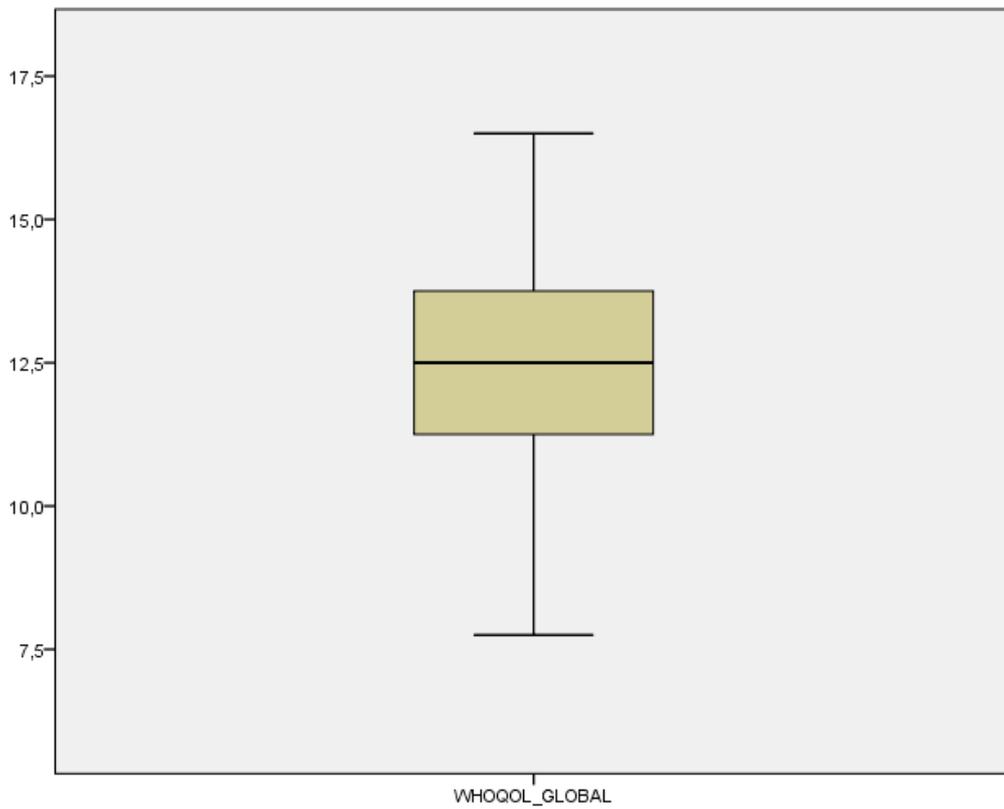


Figura 6. Box-plot de la escala WHOQOL-BREF.

Descriptivos de las subescalas de QLS

| | | | Estadístico | Error típ. | |
|-----------------------|---|---|-----------------|------------|--------|
| Relaciones | Media | | 22,1912 | 1,19210 | |
| Interpersonales | Intervalo de confianza para la media al 95% | Límite inferior | 19,8117 | | |
| | | Límite superior | 24,5706 | | |
| | Media recortada al 5% | | 22,1340 | | |
| | Mediana | | 23,0000 | | |
| | Varianza | | 96,635 | | |
| | Desv. típ. | | 9,83029 | | |
| | Mínimo | | 4,00 | | |
| | Máximo | | 41,00 | | |
| | Rango | | 37,00 | | |
| | Amplitud intercuartil | | 15,50 | | |
| | Asimetría | | ,031 | ,291 | |
| | Curtosis | | -,831 | ,574 | |
| | <hr/> Rol Instrumental | Media | | 8,7206 | ,49397 |
| | | Intervalo de confianza para la media al 95% | Límite inferior | 7,7346 | |
| Límite superior | | | 9,7066 | | |
| Media recortada al 5% | | | 8,6732 | | |
| Mediana | | | 8,0000 | | |
| Varianza | | | 16,592 | | |
| Desv. típ. | | | 4,07338 | | |
| Mínimo | | | 1,00 | | |
| Máximo | | | 17,00 | | |
| Rango | | | 16,00 | | |
| Amplitud intercuartil | | | 7,00 | | |
| Asimetría | | | ,193 | ,291 | |
| Curtosis | | | -,968 | ,574 | |
| <hr/> Funciones | | Media | | 26,4853 | ,93289 |
| Intrapsíquicas | | Intervalo de confianza para la media al 95% | Límite inferior | 24,6232 | |
| | Límite superior | | 28,3473 | | |
| | Media recortada al 5% | | 26,7712 | | |
| | Mediana | | 27,0000 | | |
| | Varianza | | 59,179 | | |
| | Desv. típ. | | 7,69278 | | |
| | Mínimo | | 7,00 | | |
| | Máximo | | 39,00 | | |
| | Rango | | 32,00 | | |
| | Amplitud intercuartil | | 10,75 | | |
| | Asimetría | | -,559 | ,291 | |
| | Curtosis | | -,303 | ,574 | |

| | | | | |
|-------------------------------|---|-----------------|---------|--------|
| Objetos y actividades comunes | Media | | 8,6912 | ,27658 |
| | Intervalo de confianza para la media al 95% | Límite inferior | 8,1391 | |
| | | Límite superior | 9,2432 | |
| | Media recortada al 5% | | 8,7941 | |
| | Mediana | | 9,0000 | |
| | Varianza | | 5,202 | |
| | Desv. típ. | | 2,28073 | |
| | Mínimo | | 3,00 | |
| | Máximo | | 12,00 | |
| | Rango | | 9,00 | |
| | Amplitud intercuartil | | 3,75 | |
| | Asimetría | | -,493 | ,291 |
| | Curtosis | | -,288 | ,574 |

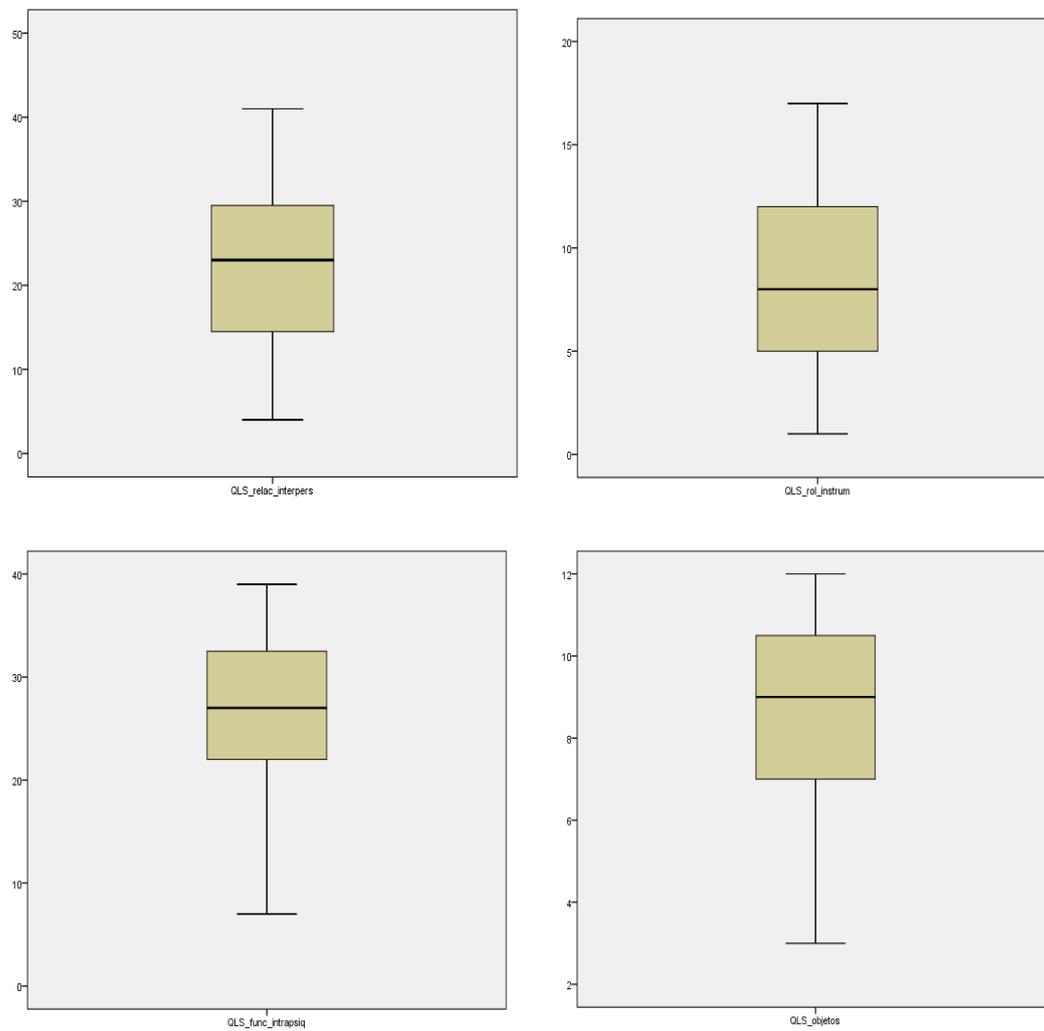


Figura 7. Box-plot de las dimensiones de QLS.

Descriptivos de los dominios WHOQOL-BREF

| | | | Estadístico | Error tít. |
|---|---|-----------------|-------------|------------|
| Salud Física | Media | | 12,2647 | ,28468 |
| | Intervalo de confianza para la media al 95% | Límite inferior | 11,6965 | |
| | | Límite superior | 12,8329 | |
| | Media recortada al 5% | | 12,2059 | |
| | Mediana | | 12,0000 | |
| | Varianza | | 5,511 | |
| | Desv. tít. | | 2,34755 | |
| | Mínimo | | 8,00 | |
| | Máximo | | 18,00 | |
| | Rango | | 10,00 | |
| | Amplitud intercuartil | | 3,75 | |
| | Asimetría | | ,199 | ,291 |
| | Curtosis | | -,486 | ,574 |
| | Salud Psicológica | Media | | 12,2941 |
| Intervalo de confianza para la media al 95% | | Límite inferior | 11,6448 | |
| | | Límite superior | 12,9434 | |
| Media recortada al 5% | | | 12,3203 | |
| Mediana | | | 13,0000 | |
| Varianza | | | 7,196 | |
| Desv. tít. | | | 2,68250 | |
| Mínimo | | | 6,00 | |
| Máximo | | | 17,00 | |
| Rango | | | 11,00 | |
| Amplitud intercuartil | | | 3,00 | |
| Asimetría | | | -,047 | ,291 |
| Curtosis | | | -,523 | ,574 |
| Relaciones Sociales | | Media | | 11,5147 |
| | Intervalo de confianza para la media al 95% | Límite inferior | 10,8397 | |
| | | Límite superior | 12,1897 | |
| | Media recortada al 5% | | 11,5490 | |
| | Mediana | | 12,0000 | |
| | Varianza | | 7,776 | |
| | Desv. tít. | | 2,78853 | |
| | Mínimo | | 4,00 | |
| | Máximo | | 17,00 | |
| | Rango | | 13,00 | |
| | Amplitud intercuartil | | 4,00 | |
| | Asimetría | | -,110 | ,291 |
| | Curtosis | | ,055 | ,574 |

| | | | | |
|-------|---|-----------------|---------|--------|
| Medio | Media | | 13,5147 | ,22123 |
| | Intervalo de confianza para la media al 95% | Límite inferior | 13,0731 | |
| | | Límite superior | 13,9563 | |
| | Media recortada al 5% | | 13,5392 | |
| | Mediana | | 14,0000 | |
| | Varianza | | 3,328 | |
| | Desv. típ. | | 1,82432 | |
| | Mínimo | | 9,00 | |
| | Máximo | | 18,00 | |
| | Rango | | 9,00 | |
| | Amplitud intercuartil | | 3,00 | |
| | Asimetría | | -,123 | ,291 |
| | Curtosis | | -,142 | ,574 |

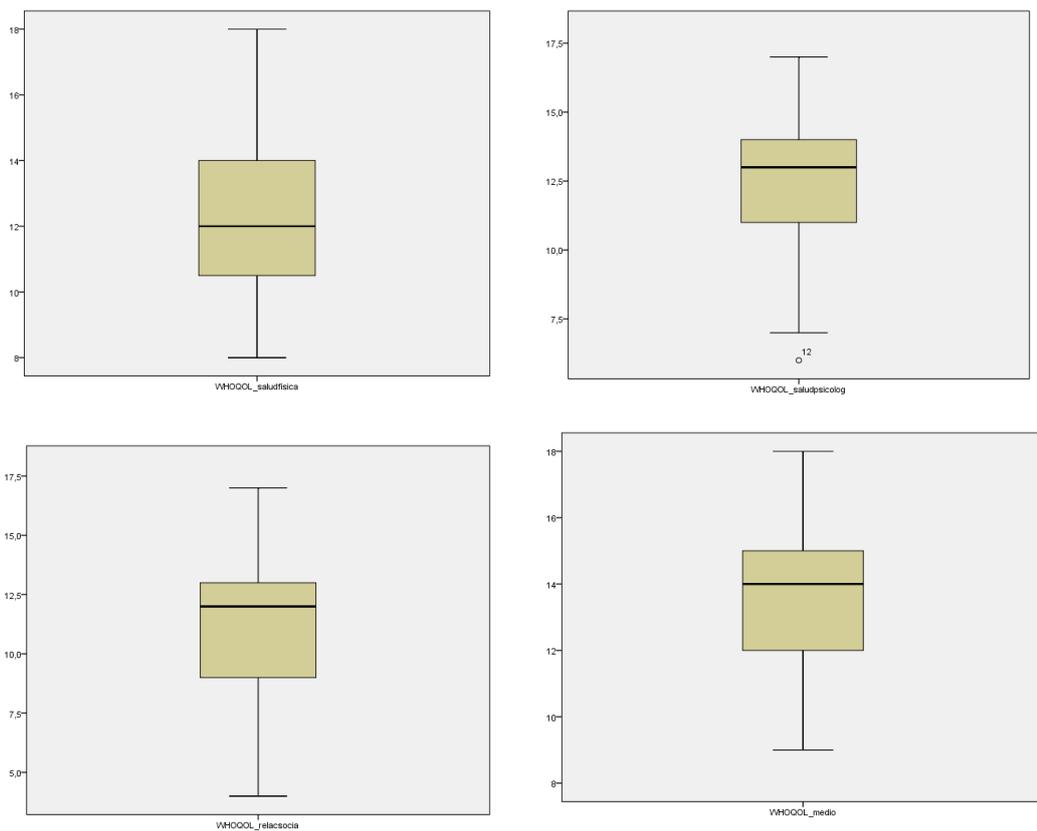


Figura 8. Box-plot de las dimensiones de WHOQOL-BREF.