



Universidad
de Granada

**Departamento de Medicina Legal, Toxicología y
Psiquiatría**

Tesis Doctoral

**DETERMINANTES LONGITUDINALES DE
CALIDAD DE VIDA EN ESQUIZOFRENIA**

Un análisis prospectivo del estudio EUNOMIA



Eleni Petkari

Granada, junio de 2010

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: Eleni Petkari
D.L.: GR 3470-2010
ISBN: 978-84-693-5352-3

UNIVERSIDAD DE GRANADA

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL, TOXICOLOGÍA Y
PSIQUIATRÍA

TESIS DOCTORAL

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSIQUIATRÍA Y
SERVICIOS COMUNITARIOS

**DETERMINANTES LONGITUDINALES DE
CALIDAD DE VIDA EN ESQUIZOFRENIA**

Un análisis prospectivo del estudio EUNOMIA

Eleni Petkari

Directores

Prof. Jorge A. Cervilla Ballesteros (Universidad de Granada)

Prof. Francisco Torres González (Universidad de Granada)

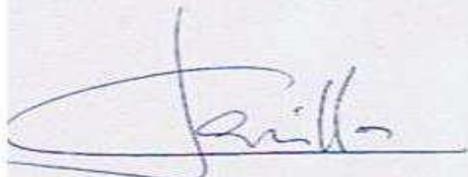
Granada, junio de 2010

JORGE A. CERVILLA BALLESTEROS, Profesor Titular de la Universidad de Granada y FRANCISCO TORRES GONZALEZ, Profesor Titular de la Universidad de Granada

CERTIFICAN:

Que el trabajo que presenta para aspirar al Grado de Doctor ELENI PETKARI, titulado: DETERMINANTES LONGITUDINALES DE CALIDAD DE VIDA EN ESQUIZOFRENIA, ha sido realizado bajo su supervisión y reúne los requisitos académicos, formales y de calidad necesarios para poder ser defendido públicamente ante la Comisión que se constituya al efecto.

Granada, 07 de junio de 2010



Los profesores



La Doctoranda



A mis padres
Στους γονείς μου

AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar mis agradecimientos a todas aquellas personas que participaron y facilitaron desinteresadamente la realización de este proyecto de tesis doctoral.

A mi director de tesis Dr. Jorge Cervilla Ballesteros, por su acompañamiento y orientación a lo largo de todo el proceso, sus aportaciones, su ayuda continua y su experiencia. Soy consciente de la gran oportunidad que ha sido para mí trabajar bajo su dirección.

A mi director de tesis Dr. Francisco Torres González, por haberme abierto el camino hacia la realización de esta tesis, por haber facilitado los datos del Estudio EUNOMIA y por su asesoramiento y sus aportaciones.

Mis más sinceros agradecimientos a ambos, que sin su contribución y su disposición no hubiera sido posible realizar este proyecto.

A todo el equipo de investigación del Departamento, por su cercanía y apoyo.

A todas las personas con enfermedad mental que han sido mi inspiración todos estos años, mostrando que la fuerza de voluntad que disponen es la que permite seguir adelante y luchar contra los obstáculos que les supone esta enfermedad.

A mis padres, por ser mis compañeros fieles en todo el camino, por su confianza absoluta en mí, por enseñarme ser paciente y persistente y por estar siempre tan cerca de mí, independientemente de la distancia kilométrica.

A mi hermano, por creer en mí y por darme su apoyo.

A todas aquellas personas que este tiempo han estado a mi lado, por acogerme, por darme fuerzas para seguir, por aguantar los malos momentos y por escuchar. Gracias por hacer este duro camino menos solitario.

RESUMEN

RESUMEN

La calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia se refiere a las condiciones objetivas de la vida y de la salud de la persona, junto con la percepción subjetiva que tiene la persona sobre estas condiciones. Es un concepto que en los últimos años va ganando importancia, tanto desde la perspectiva de las personas que padecen esta enfermedad, como desde la perspectiva de la planificación de los servicios ofrecidos a ellas. El presente estudio pretende explorar este concepto desde una visión multidimensional, incluyendo tanto indicadores objetivos como subjetivos de la calidad de vida. Asimismo, procura de identificar tanto los factores que se asocian con la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia en el momento de un ingreso hospitalario, como sus determinantes prospectivos a un periodo de tres meses después de este ingreso.

Para satisfacer estos objetivos se han utilizado los datos recogidos en el marco del estudio internacional EUNOMIA (Evaluación Europea de la Coerción en Psiquiatría y Armonización de la Mejor Práctica Clínica; Kallert et al., 2005). De estos datos, para el presente estudio se utilizaron las evaluaciones de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia al momento de ingreso y tres meses después. Se llevó a cabo una serie de análisis estadísticos, a través del cual se exploraron varios factores relacionados con la enfermedad, la persona, su entorno y los servicios ofrecidos, con el fin de identificar cuáles de ellos se relacionaban con la calidad de vida y cuáles funcionaban como determinantes prospectivos de ésta. Estos análisis nos han permitido construir modelos parsimoniales, utilizando el menor número de factores para explicar la mayor parte de la varianza de la calidad de vida objetiva y subjetiva en los dos momentos de evaluación.

Nuestros resultados han mostrado que en el momento de un ingreso hospitalario menos presencia de síntomas de depresión/ansiedad, de síntomas positivos y de psicopatología total

junto con mayor satisfacción con el tratamiento recibido y más frecuencia de contactos sociales se asociaban a una mejor percepción de su calidad de vida. Del mismo modo, la mayor presencia de contactos sociales, el hecho de ser mujer y el hecho de vivir con la familia se asociaban con mejor calidad de vida objetiva.

Tres meses después se mostraba una imagen diferente. Específicamente, el hecho de estar casado y de tener mayor satisfacción con el tratamiento recibido parece que llevaba a una mejor percepción del paciente de su calidad de vida, mientras el hecho de ser mujer y de tener mayor frecuencia de contactos sociales parece que determinaba una mejor calidad de vida objetiva.

Nuestros resultados confirman el hecho de que la calidad de vida es un constructo multidimensional, aportando evidencia sobre los distintos determinantes de la calidad de vida subjetiva y objetiva. Hay que destacar que mientras en el momento del ingreso, cuando la psicopatología está en su fase activa, parece perturbar la percepción de la calidad de vida, tres meses después este efecto se pierde, dando lugar a otros factores relacionados con la persona, su entorno y su perspectiva de la terapia.

Los hallazgos de este estudio conllevan una serie de implicaciones importantes para la práctica clínica, ya que el concepto de la calidad de vida en la actualidad forma una parte indispensable del concepto de la salud y sus servicios. Concretamente, el presente estudio ilustra la importancia de fomentar el apoyo social de los pacientes para mejorar su calidad de vida objetiva y de incluir a la planificación de los servicios la percepción del propio paciente sobre su terapia, convirtiéndole así en protagonista de su proceso terapéutico, con el fin de mejorar su percepción subjetiva de la calidad de vida.

ÍNDICE

1. Introducción	1-115
I. Esquizofrenia	1
1. Criterios diagnósticos de la esquizofrenia	1
2. Características conductuales, cognitivas y emocionales de la esquizofrenia	3
3. Inicio, curso y epidemiología de la enfermedad	5
4. Etiología y aproximaciones explicativas	6
5. Efectividad de las intervenciones en la esquizofrenia	9
II. Calidad de Vida y Salud Mental	13
1. Conceptos de Calidad de Vida	13
2. Calidad de vida y Salud	16
3. Calidad de Vida y Salud Mental	19
4. Medidas de Calidad de Vida en Salud Mental	39
5. La escala MANSA y sus propiedades psicométricas	46
III. Determinantes de Calidad de Vida	50
1. Modelos Globales de Calidad de Vida en Psicosis	50
2. Determinantes Varios de Calidad de Vida	64
3. Determinantes Psicopatológicos de la Calidad de Vida	71
4. Determinantes de Calidad de Vida: Psicopatología vs Otros Factores	108
2. Objetivos	116
3. Hipótesis	117
4. Metodología	118-140
I. El estudio EUNOMIA	118
1. Método	119

2. Muestra	125
3. Proceso	126
4. Medidas de Evaluación	126
II. El presente estudio	130
1. Muestra	130
2. Variables Estudiadas e Instrumentos de Evaluación	131
3. Análisis Estadísticos	137
5. Resultados	141-158
1. Características de la muestra	141
2. Diferencias en Calidad de Vida Subjetiva y Objetiva según Factores Sociodemográficos y Psicosociales en T0 y T1	147
3. Correlaciones entre la Calidad de Vida y factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales	156
4. Determinantes de la Calidad de Vida Subjetiva y Objetiva	159
6. Discusión	164-185
1. Diseño y Muestra: Ventajas y Limitaciones	164
2. Niveles de Calidad de Vida	169
3. Factores Sociodemográficos y Calidad de Vida	171
4. Factores Clínicos Varios y Calidad de Vida	176
5. Factores Psicopatológicos y Calidad de Vida	177
6. Satisfacción Percibida con el Tratamiento y Calidad de Vida	180
7. Apoyo Social y Calidad de Vida	181
8. Discusión Global del Modelo, Limitaciones e Implicaciones Futuras	182
9. Modelo de Asociaciones Transversales de Calidad de Vida en Esquizofrenia	184
10. Modelo de Predictores Longitudinales de Calidad de Vida en Esquizofrenia	185

7. Referencias Bibliográficas

186-222

8. Anexo

223

1. Artículo en Proceso de Publicación: Calidad de Vida y su Relación con la Psicopatología en Pacientes Psicóticos
2. Artículo en Proceso: Psychopathology as a predictor of Global Functioning in acutely admitted patients suffering from psychosis: a study in 11 European countries.

INTRODUCCIÓN

I. ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico que normalmente aparece en la juventud o en la adolescencia y que afecta a la persona durante todo el curso de su vida. Por su gravedad y por ser uno de los trastornos mentales que más discapacidad provoca, se considera un problema importante con consecuencias sociales y económicas. Y esto porque requiere cuidados constantes tanto por parte de la familia de la persona como por parte de los servicios de la salud mental y de la sociedad.

1. Criterios diagnósticos de la esquizofrenia

Según la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 4th edition, DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994*), para llegar a diagnosticar a una persona con el trastorno esquizofrénico tiene que cumplir los siguientes criterios:

A. Síntomas característicos: dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presente por lo menos para un periodo de un mes, o menos si se han tratado con éxito:

- ✓ Ideas delirantes
- ✓ Alucinaciones
- ✓ Lenguaje desorganizado
- ✓ Comportamiento catatónico o desorganizado
- ✓ Síntomas negativos

B. Disfunción social/laboral: desde la aparición de alteraciones y durante una parte significativa de tiempo, el nivel de funcionamiento en una o más áreas importantes de actividad, como el trabajo, las relaciones interpersonales y los autocuidados, está notablemente empeorado en comparación con el nivel anterior del inicio de las alteraciones (cuando el inicio de la enfermedad es en la infancia o adolescencia, se observa fracaso al alcanzar el nivel esperable de rendimiento académico, laboral o interpersonal)

C. Duración: Los signos de la alteración tienen una persistencia por lo menos durante seis meses

D. Exclusión del trastorno esquizoafectivo y de estado de ánimo

E. Exclusión de trastorno orgánico o por consumo de sustancias

F. Relación con un trastorno de desarrollo: si hay historia de autismo o trastorno generalizado de desarrollo, el diagnóstico adicional del trastorno esquizofrénico se pondrá si las ideas delirantes o las alucinaciones persisten por lo menos durante un mes (o menos si se han tratado con éxito).

Existen varios tipos del trastorno esquizofrénico, según los síntomas predominantes en el momento de la evaluación y del establecimiento del diagnóstico. (American Psychiatric Association, 1994)

- ✓ *Catatónico:* inmovilidad, negativismo, agitación, mutismo, posturas extrañas
- ✓ *Desorganizado:* comportamiento y lenguaje desorganizados, afecto plano o inapropiado
- ✓ *Paranoide:* ideas delirantes o alucinaciones

- ✓ *Indiferenciado*: cuando no se ajusta a los perfiles anteriores
- ✓ *Residual*: cuando hay alteraciones continuas pero no se cumplen los criterios de la fase activa

Los criterios establecidos en la Clasificación Internacional de las Enfermedades décima revisión (CIE-10, Organización Mundial de la Salud, 1992) para el diagnóstico de la esquizofrenia son bastante parecidos a los del DSM-IV, con dos diferencias fundamentales. La primera es que para poner el diagnóstico de esquizofrenia según el DSM-IV hay que haber un período de seis meses de persistencia de la enfermedad, mientras según el CIE-10 es suficiente un periodo de un mes. Y la segunda diferencia es que en el DSM-IV, aparte de los síntomas anteriormente mencionados, se incluye como criterio diagnóstico el deterioro del funcionamiento social y laboral de la persona, mientras el CIE-10 no establece dicho criterio.

2. Características conductuales, cognitivas y emocionales de la esquizofrenia

La esquizofrenia constituye un trastorno que implica una variedad de disfunciones emocionales, cognitivas y comportamentales. Se caracteriza por tres principales tipos de síntomas, que son los síntomas positivos, los síntomas negativos y el deterioro cognitivo (Liddle, 1987). Los síntomas no son patognómicos, ya que muchos de ellos pueden formar parte de las características de otros trastornos.

Los *síntomas positivos* se refieren a la pérdida del contacto con la realidad y la presencia de experiencias anormales o poco comunes. Incluyen alteraciones del pensamiento inferencial (ideas delirantes), de la percepción (alucinaciones), del lenguaje y de la comunicación (lenguaje

desorganizado) y comportamentales (comportamiento desorganizado o catatónico).

Los *síntomas negativos* se refieren a síntomas por defecto, porque la alteración consiste en que procesos básicos emocionales o comportamentales están ausentes o disminuidos. Estos incluyen reducción de la intensidad de la expresión emocional (afecto plano, tono de voz monótono), disminución de la fluidez de pensamiento y de lenguaje (alogía), pérdida de placer (anhedonía), disminución en la habilidad de empezar y seguir un objetivo (abulia o apatía). Los síntomas negativos fluctúan menos que los síntomas positivos en el curso de la enfermedad (Fenton y Glashan, 1991) y están asociados con el funcionamiento psicosocial deficitario (Sayers, Curran y Mueser, 1996).

El deterioro cognitivo incluye problemas en la atención y la concentración, en la velocidad psicomotora, en el lenguaje y el aprendizaje y en las funciones ejecutivas (pensamiento abstracto y solución de problemas). En muchos de los pacientes, aunque el funcionamiento cognitivo empeora, sigue estando en niveles aceptables.

En general, en las personas con esquizofrenia se observa una alteración de su capacidad de responder a los requisitos de la vida social, manejar problemas y superar las dificultades de la vida diaria. Dicha alteración se refleja en varios aspectos de su vida social, teniendo una habilidad reducida para trabajar o asistir a actividades académicas, ejercer papeles sociales, mantener relaciones interpersonales e íntimas y cuidarse a uno mismo (Bellack, Green, Cook, Fenton, Harvey, Heaton et al., 2007).

3. Inicio, curso y epidemiología de la enfermedad

El inicio de la enfermedad se observa normalmente entre los 16 y 30 años y, con menos frecuencia, después de los 45 años. El inicio es gradual y suele tener lugar a lo largo de 5 años aproximadamente. Empieza con la aparición de síntomas negativos, a continuación surge el deterioro cognitivo y social que a su vez da paso a la aparición de los síntomas positivos unos años después (Häfner, 2000; Häfner, Maurer, Löffler, der Heiden y Hambrecht, 2003).

Según un estudio de revisión realizado por McGrath, Saha, Chant y Welham (2008), la incidencia de la esquizofrenia es de 15,2 por 100.000 personas, mientras la prevalencia del riesgo a padecer la enfermedad es de 7 por 1000 personas. En cuanto a las diferencias de sexo, la enfermedad se presenta 4 veces más a los hombres que a las mujeres, aunque no se encuentran diferencias significativas en la prevalencia entre los sexos. Aparte de eso, las mujeres normalmente tienen un inicio tardío (Murray y Van Os, 1998), mejor ajuste premórbido (Lärsen, McGlashan, Johannessen y Vibe-Hansen, 1996) y un curso con mejor pronóstico, ya que tienen menos hospitalizaciones y mejor funcionamiento social que los hombres (Angermeyer, Kuhn y Goldstein, 1990).

La variedad de disfunciones que caracteriza el trastorno esquizofrénico no se observa de forma igual en todas las personas, ni tiene la misma expresión y evolución. Algunas personas presentan múltiples remisiones y exacerbaciones y otras tienen síntomas permanentes, siendo la remisión completa una posibilidad muy escasa (American Psychiatric Association, 1994). Aparte de esto, la problemática que sufren las personas con esquizofrenia es muy variada y no se reduce solo a la

sintomatología sino que también incluye otros aspectos que afectan a su vida como un conjunto.

4. Etiología y aproximaciones explicativas

Para explicar la etiología de la esquizofrenia se han propuesto varias aproximaciones genéticas y ambientales. Sin embargo, tomando en cuenta la variedad que caracteriza la enfermedad, en la actualidad no hay una teoría que proponga una explicación satisfactoria y completa sobre sus causas. Varios investigadores han tratado de dar una explicación, acercando la etiología de la esquizofrenia desde distintas perspectivas, como de la genética, la biológica, la neurológica, la cognitiva, la ambiental y de factores personales. Parece que distintos factores juegan su papel en la aparición y el desarrollo de la enfermedad. Los estudios sugieren que la causa puede que esté constituida por la interacción de estos factores, ninguno de los cuales es suficiente de por sí, sino que influye a su manera en la aparición y el curso de la esquizofrenia (Cuevas, 2003).

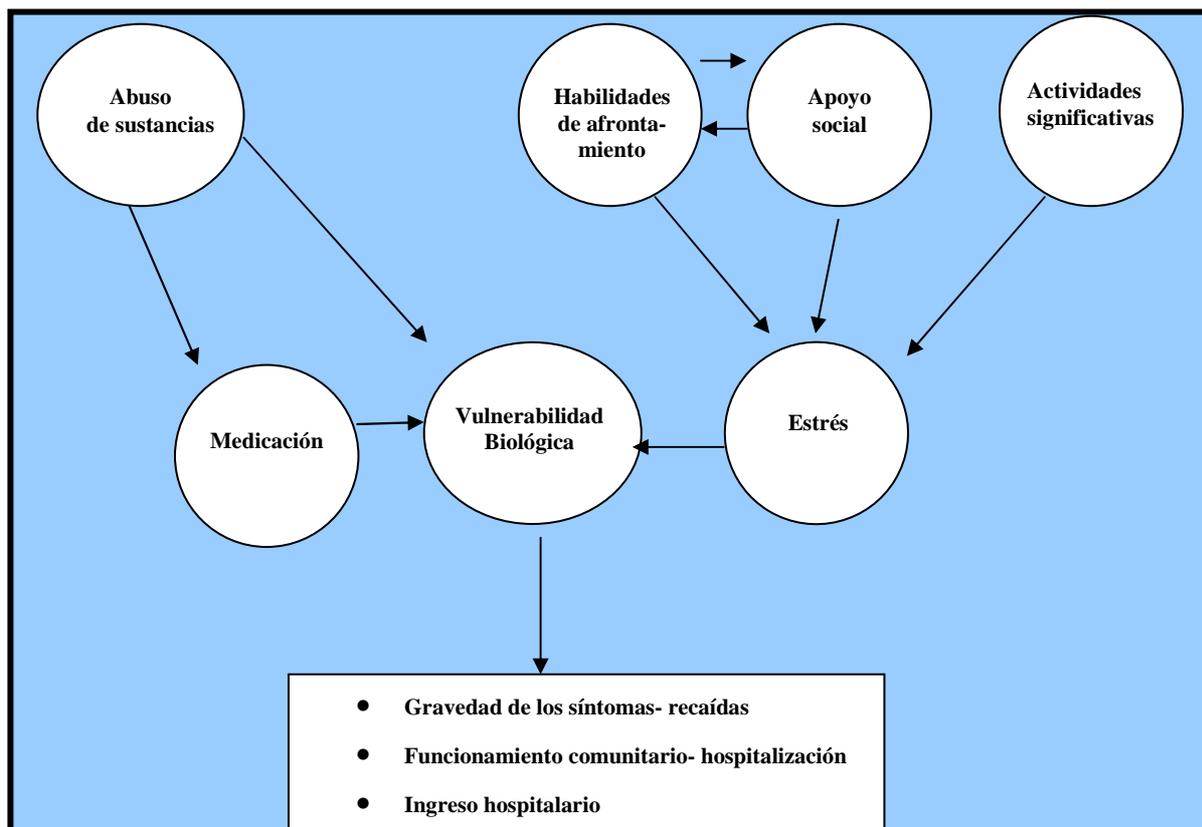
En un intento de incluir los distintos factores que actúan, de explicar las interacciones complejas entre ellos y englobar las teorías de los diferentes ámbitos científicos, se construyeron los modelos de vulnerabilidad-estrés, que se basan en la hipótesis de la vulnerabilidad (Zubin y Spring, 1977).

a) *Modelo de vulnerabilidad-estrés (Nuechterlein y Dawson, 1984)*

Para explicar el inicio, el curso y el desenlace de los síntomas en la esquizofrenia, Nuechterlein y Dawson (1984) han desarrollado un modelo de vulnerabilidad-estrés. Según este modelo, la esquizofrenia aparece por causa de una vulnerabilidad psicobiológica subyacente que se determina en

edad temprana por efectos genéticos y ambientales. Cuando esta vulnerabilidad está presente, el inicio y el curso de la enfermedad, incluidas las recaídas, se determina por una interacción dinámica entre factores biológicos y psicosociales. Los factores biológicos incluyen la adherencia farmacológica, que reduce los síntomas y el abuso de sustancias psicoactivas, que lleva al empeoramiento de los síntomas y a su vez a las recaídas. Los factores psicosociales incluyen por una parte el estrés, que dispara la vulnerabilidad biológica y por otra parte las habilidades de afrontamiento, que reducen los efectos del estrés, y el apoyo social, que reduce los efectos del estrés y enriquece las habilidades de afrontamiento.

Modelo de Nuechterlein y Dawson (1984)



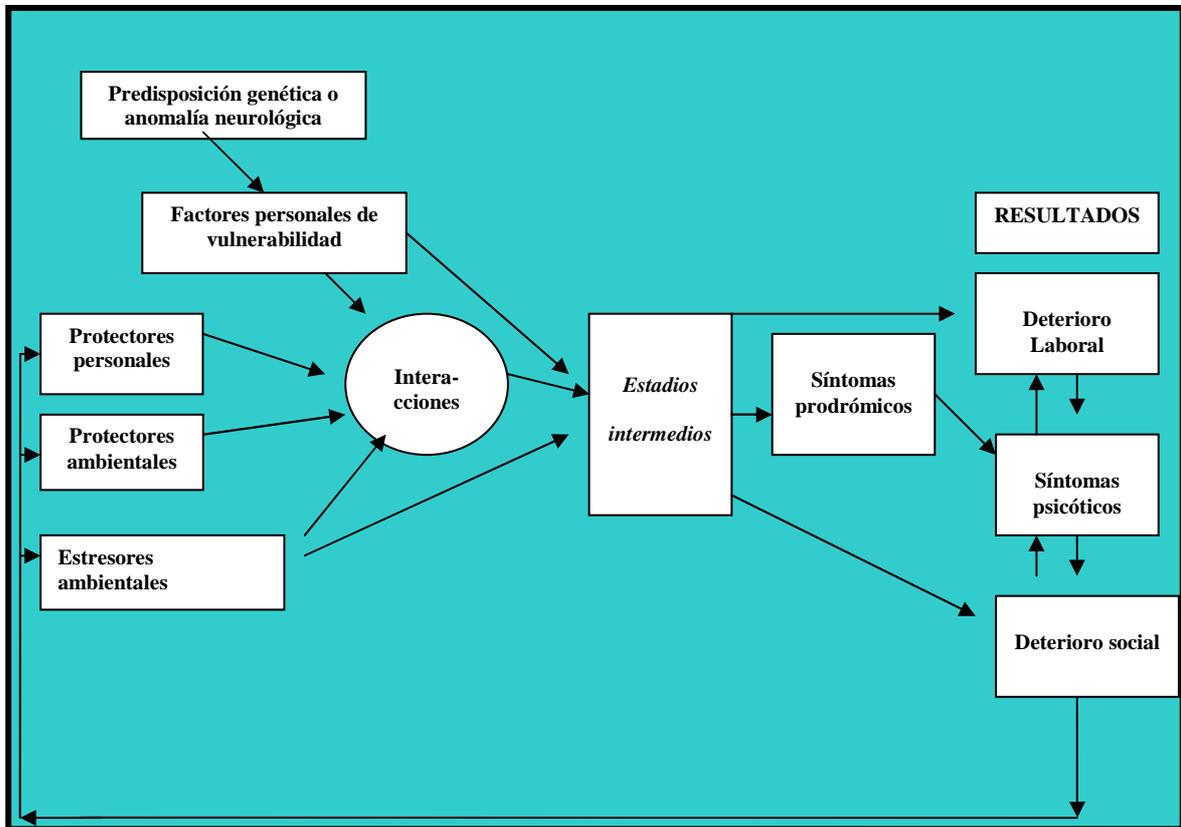
b) Modelo de estrés-vulnerabilidad-afrontamiento-competencia (Lieberman, 1988)

Basándose en el modelo anterior, Lieberman (1988) ha desarrollado el modelo de estrés-vulnerabilidad-afrontamiento-competencia, añadiendo la dimensión de funcionamiento social. A través del modelo propuesto se explica no sólo el inicio y el curso de la enfermedad, sino también el comportamiento social, por medio de una compleja interacción entre factores biológicos, ambientales y comportamentales. Según el modelo, la vulnerabilidad psicobiológica puede derivar en sintomatología psicótica cuando los acontecimientos vitales estresantes o la tensión ambiental, familiar o laboral, superan las habilidades de afrontamiento. Los factores de vulnerabilidad son anomalías patológicas presentes de forma continua en la persona, mientras que los factores estresantes son acontecimientos que exigen a la persona cambios para adaptarse y cuestionan su capacidad de afrontamiento y competencia. Los factores protectores son factores personales y ambientales que moderan el impacto de la vulnerabilidad y del estrés sobre la limitación, la incapacidad y la minusvalía. Consisten en la capacidad de afrontamiento y competencia de la persona, la capacidad de afrontamiento y competencia de las familias, los sistemas de apoyo naturales, la intervención clínica y los programas de rehabilitación que incluyen entrenamiento en habilidades, apoyo social o empleo protegido (Lieberman, 1988).

De acuerdo con este modelo, los síntomas aparecen cuando se disparan los factores de vulnerabilidad psicobiológica, como sucede con el abandono del tratamiento farmacológico, aparecen acontecimientos estresantes que superan las capacidades de afrontamiento y competencia, se

rompe o se reduce el apoyo social y disminuyen las habilidades de afrontamiento y de resolución de problemas.

Modelo de Liberman (1988)



5. Efectividad de las intervenciones en la esquizofrenia

La aplicación de nuevos tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos y el desarrollo amplio de redes de servicios psicosociales para las personas con esquizofrenia ha creado optimismo tanto a los profesionales de salud mental como a los pacientes sobre el logro de mejores resultados a largo plazo, partiendo de la remisión de la sintomatología.

Incluso se ha llegado a hablar de procesos de recuperación, refiriéndose a la disminución de la sintomatología a un nivel moderado, al funcionamiento vocacional normalizado, al desarrollo de una vida independiente y al establecimiento de relaciones sociales significativas (Liberman y Kopelowicz,

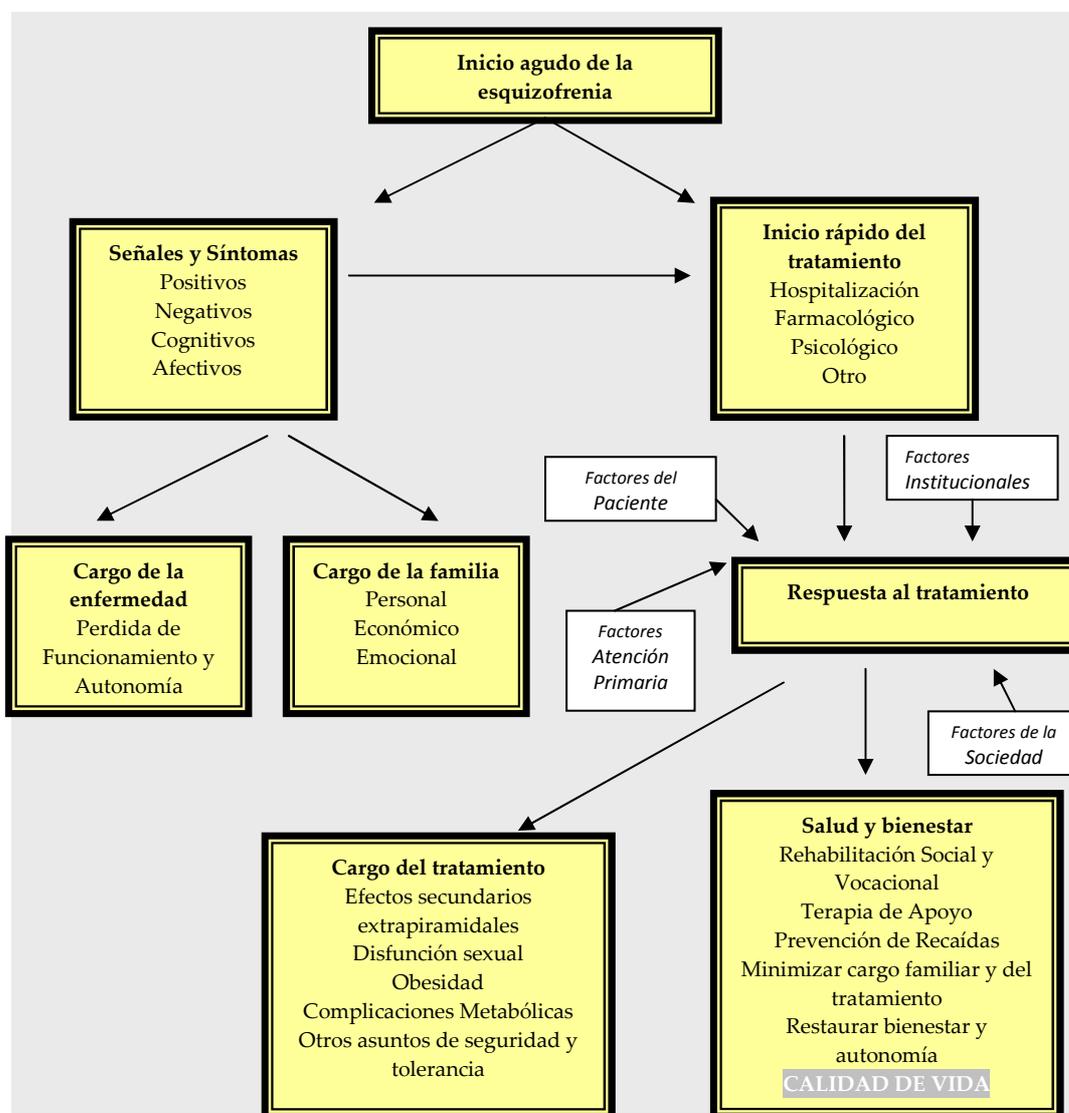
Ventura y Gutkind, 2002). Aunque en el caso de una enfermedad como la esquizofrenia la recuperación no se puede considerar sinónimo del saneamiento de la persona, se observa que el enfoque pasa de la mera preocupación por los síntomas psicóticos a una perspectiva multidimensional, embarcando varios aspectos de la vida del paciente.

Basándose en este modelo, Nasrallah et al. (2005) proponen que el objetivo de los clínicos debería ser la efectividad de sus intervenciones a largo plazo. Esa efectividad consiste en cuatro aspectos de la vida del paciente que se interrelacionan, teniendo siempre en cuenta la adherencia al tratamiento y la perspectiva de los clínicos, los pacientes y las demás personas involucradas, como la familia o los amigos. Estos cuatro aspectos son la reducción de la sintomatología psicótica, el afrontamiento de los efectos secundarios provocados por la terapia farmacológica, el reajuste del impacto de la enfermedad para la persona y su entorno y la mejora del funcionamiento y de la calidad de vida de la persona.

Como se puede observar en el modelo, después de haber controlado los síntomas psicóticos, una intervención se considera efectiva cuando contribuye a la mejora de todos los aspectos de la vida de la persona, incluida su calidad de vida. De ese modo, a través de este modelo se refleja el valor que se ha dado a la calidad de vida para la planificación de las intervenciones destinadas a estos pacientes.

Modelo de Nasrallah et al. (2005) para la efectividad de las intervenciones

Relación entre la intervención y sus resultados



Adaptado de Nasrallah et al. (2005)

De semejante manera, ese valor se refleja en la planificación de los servicios para las personas con enfermedad mental. Por ejemplo, refiriéndose al ámbito provincial de Andalucía, en la actualidad la propuesta para la mejora de los servicios ofrecidos se basa en el Segundo Plan Integral de Salud

Mental de Andalucía (PISMA II, 2008-2012; Servicio Andaluz de Salud). Este plan tiene como principios fundamentales *la mejora de calidad, equidad y eficiencia de los servicios sanitarios, orientados hacia la promoción de la salud mental de la población andaluza, la prevención de la enfermedad y la mejora asistencial y de cuidados de pacientes y familiares*. Este plan integral, que es un instrumento de planificación de los servicios a medio plazo, incorpora la perspectiva de la recuperación de los pacientes, yendo más allá de la mera desaparición de los síntomas. Bajo esta perspectiva, los tres fines elementales que pretende alcanzar ese plan son:

- ✓ fomentar la salud mental de la población andaluza,
- ✓ proporcionar los servicios sanitarios y de apoyo social necesarios y adaptar los existentes a las necesidades de las personas con enfermedad mental y sus familias y
- ✓ *mejorar la calidad de vida* de las personas con enfermedad mental y sus familias y favorecer el proceso de recuperación e inclusión social (PISMA II, 2008-2012; Servicio Andaluz de Salud)

Tomando en cuenta lo anteriormente mencionado, se hace obvio que la calidad de vida de los pacientes psicóticos va obteniendo cada vez más valor como una meta para alcanzar con y para estos pacientes. Por esa razón, el presente estudio se centra en la exploración de este constructo. A continuación se exponen sus definiciones y factores con los cuales se asocia a través de modelos teóricos y estudios empíricos, para centrarse finalmente a su relación con una serie de factores sociodemográficos, clínicos, psicosociales y psicopatológicos, que es el principal objetivo de este estudio.

II. CALIDAD DE VIDA Y SALUD MENTAL

1. CONCEPTOS DE CALIDAD DE VIDA

El concepto de calidad de vida es uno de los conceptos más estudiados en las últimas décadas, desde diversas perspectivas científicas, como la filosofía, la política, la sociología y la medicina. Desde esta última, el interés ha dejado de ser la simple prolongación de vida de los usuarios de sus servicios, y se ha ampliado adaptando una perspectiva biopsicosocial, incluyendo también la búsqueda de medios para la mejora de calidad de vida de sus usuarios.

La utilidad práctica que tiene este concepto hace necesario obtener una definición precisa, basada en teorías bien estructuradas, y también crear medidas válidas para su evaluación y su utilización en la práctica clínica. Dada la importancia del constructo, han sido muchos los autores que han centrado su interés en el estudio de la calidad de vida y han tratado de llegar a un concepto válido y útil para la evaluación de los servicios ofrecidos. Sin embargo, hasta la actualidad no han conseguido llegar a un consenso sobre el concepto. Desde muy pronto (1976), Campbell, Converse y Rogers detectaron este problema, refiriéndose a la calidad de vida como una entidad con falta de exactitud, de la cual se discute mucho pero en realidad no se sabe exactamente a qué se refiere.

En general, las definiciones dependen de la orientación teórica de cada autor y de su interés en reflejar distintos asuntos psicológicos, como la satisfacción y el bienestar, y asuntos de la vida diaria, como el empleo y la economía. Parece ser que la calidad de vida es un concepto multidimensional que se refiere a distintos elementos, dependiendo en cada caso de lo que se trata de evaluar. Si bien no hay un consenso sobre el concepto, en la bibliografía habitualmente se encuentran dos

dimensiones principales de la calidad de vida, que son la objetiva y la subjetiva. Además, con frecuencia se utiliza la combinación de estos dos, para obtener una visión más global del fenómeno.

1.1 CALIDAD DE VIDA OBJETIVA

Las primeras aproximaciones de la calidad de vida, teniendo un matiz sociológico, se refieren a las condiciones externas de la vida de una persona, evaluadas a través de indicadores sociales. Éstos pueden ser simples, como el empleo, el hogar y la situación financiera y más complejos, como el tamaño y la naturaleza de la red social de la persona, las oportunidades para realizar actividades de ocio y para tener en su posesión ciertos bienes materiales (ONU, 1966). De esa manera, el nivel de calidad de vida depende de la presencia o ausencia de estos indicadores objetivos y se define como el estado funcional de la persona y sus oportunidades para acceder a recursos y oportunidades (Lehman, 1996). Desde un punto de vista más psicológico, se considera que la calidad de vida objetiva incluye las condiciones de vida de la persona, elementos del ambiente en el que vive, su funcionamiento social y el cumplimiento de varios roles (Katschnig, 2006).

1.2 CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA

El concepto de calidad de vida subjetiva se refiere a la sensación que tiene cada persona de bienestar, de satisfacción con su vida, de felicidad o tristeza (Baker e Intagliata, 1982), de manera global o para cada ámbito de su vida. También se ha equiparado con la satisfacción de los valores, los objetivos y las necesidades de una persona a través de la realización de sus capacidades o de su estilo de vida (Emerson, 1985). Además, se

podría considerar como calidad de vida subjetiva la percepción que tiene la persona sobre las circunstancias objetivas de su vida o la percepción del ajuste entre las características de su ambiente y sus expectativas y necesidades (Anderson y Lewis, 2000).

Según Lehman (1988), la calidad de vida subjetiva y objetiva son dos aspectos diferentes pero complementarios del mismo fenómeno. Por esa razón se tendrían que evaluar ambos simultáneamente, y así tener una perspectiva global de éste.

Son muchos los autores que, en su intento de aproximarse al concepto, han incluido ambos aspectos en la definición. Haas (1999) ha definido la calidad de vida como una evaluación multidimensional de las circunstancias actuales de la persona, en el contexto de su cultura y valores. De ahí que la calidad de vida es principalmente una sensación subjetiva de bienestar que incluye dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales. Según este autor, los indicadores objetivos de calidad de vida pueden cumplimentar esta evaluación, o pueden servir como una aproximación de la calidad de vida de la persona, cuando esta misma no está en posición de evaluarla.

Otro autor (Lane, 1996), ha definido la calidad de vida como la relación entre elementos subjetivos, como el sentido de bienestar y el desarrollo personal, y elementos objetivos, como la calidad de las condiciones que representan oportunidades potenciadoras de desarrollo para la persona. Proshanky y Fabian (1986) se refieren a la calidad de vida como la combinación de las condiciones del ambiente con la percepción y la experiencia vivida de estas condiciones por parte de la persona.

Según Cummins (1992), los valores personales junto con las condiciones de vida y la satisfacción con ésta interactúan para determinar la calidad de vida. La evaluación objetiva o

subjetiva de cada sector particular de la vida tiene un sentido solamente si la persona misma considera importante dicha evaluación.

Aparte de esta distinción entre la calidad subjetiva y objetiva y la combinación de las dos, son numerosos los autores que han enfocado su estudio a la calidad de vida relacionada con la salud.

2. CALIDAD DE VIDA Y SALUD

La relación estrecha entre la salud y la calidad de vida se hace obvia si consideramos el hecho de que en 1947 la Organización Mundial de la Salud ha ampliado la definición de salud para incluir el bienestar físico, mental y social. En la medicina el término de calidad de vida se introdujo por primera vez por Elkinton (1966) y gradualmente ha empezado a ganar importancia para la salud, los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios de estos servicios.

Como consecuencia, en las últimas décadas, especialmente en el área de las enfermedades crónicas, el concepto de calidad de vida se incluye como un resultado crucial de los servicios ofrecidos a las personas que sufren este tipo de enfermedades. Por esa razón, se considera como una parte integral de la evaluación del procedimiento terapéutico. Y esto porque mientras la evaluación del estado de salud de la persona se refiere a la presencia o la ausencia de una enfermedad y sus consecuencias en términos funcionales, como la mortalidad o el tamaño de un tumor (Muldoon, Barger, Flory y Manuck, 1998), la evaluación de la calidad de vida viene como un complemento, refiriéndose a las limitaciones que provoca dicho estado de salud a la persona y su respuesta emocional a éstas (McKenna, 1997).

2.1 CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Así que cuando se habla de la calidad de vida relacionada con la salud, se enfoca en aspectos de la salud y en las consecuencias provocadas por su estado y los servicios ofrecidos (Patrick y Chiang, 2000). Este enfoque incluye componentes de bienestar y funcionamiento físico, emocional, mental, social y comportamental (Steward y Ware, 1992; Wilson y Cleary, 1995). Según Patrick y Bergner (1990) la calidad de vida relacionada con la salud incluye 5 ámbitos, que son la duración de la vida, los deterioros, el estado de funcionamiento, las percepciones de salud y las oportunidades. Sin embargo, no existe un consenso en cuanto a los ámbitos específicos que se tendrían que estudiar para adquirir una visión completa de la calidad de vida relacionada con la salud.

Dando una visión genérica, Testa y Simonson (1996) apoyan la idea de que el concepto se refiere a los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la salud, como distintas áreas que están afectadas por las experiencias, las creencias, las expectativas y las percepciones de la persona sobre su salud. Cada aspecto se puede medir a través de estas percepciones o a través de evaluaciones objetivas del funcionamiento o del estado de la salud. Entonces, la calidad de vida de la persona no se limita a la sensación de bienestar que tiene ella misma, sino incluye también su habilidad de tener un funcionamiento adecuado en varios ámbitos de la vida y su posibilidad de acceder a oportunidades y recursos (Ritsner, 2003).

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, se podría decir que con el fin de definir la calidad de vida relacionada con la salud, son cruciales ambas dimensiones de subjetiva y objetiva. De esa manera, se abarcan tanto las condiciones de la salud y sus consecuencias en el

funcionamiento y la vida de la persona, como la percepción de la persona misma sobre sus experiencias vitales. Una visión del concepto que engloba los aspectos anteriores es la de la Organización Mundial de la Salud (1994).

Considerando el impacto que el estado de la salud tiene en la calidad de vida de la persona, la Organización Mundial de la Salud, a través de su proyecto de Calidad de Vida (World Health Organization- Quality of Life Project, 1994) ha intentado añadir un elemento humanístico en la disposición de los servicios de salud, que hasta ese momento estaba bastante centrada en un tratamiento de rutina y en la simple mejora de los síntomas de las distintas enfermedades. Así que la calidad de vida se ha definido como *la percepción individual de la persona sobre la posición que tiene en la vida, en el contexto de sistemas de cultura y de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto amplio en el cual influyen la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y las relaciones con las características del ambiente de la persona* (WHO-QOL Group, 1994).

Entonces, el concepto no es equivalente ni al estado de salud ni a la satisfacción con la vida, sino es más bien multidimensional, basado en la percepción que tiene la persona sobre estos y otros aspectos de su vida como un conjunto. De ahí que se podría decir que esta definición da énfasis tanto a la subjetividad del concepto como a su naturaleza multidimensional. Además, el concepto se refiere a la calidad de vida relacionada con la salud de manera genérica, sin hacer hincapié especial en síntomas, efectos secundarios de la medicación o estados específicos de las varias enfermedades. Más bien se refiere a las posibles consecuencias que estos

factores pueden provocar a los varios ámbitos de la calidad de vida de la persona (Orley, Saxena y Herrman, 1998).

Concluyendo, se podría decir que no existe un consenso sobre la definición de la calidad de vida, los ámbitos que se tienen que evaluar y su abarcamiento teórico. En términos generales, la calidad de vida se definiría como un concepto multidimensional que incluye las condiciones de vida y de salud de la persona junto con su percepción propia de estas condiciones.

Del otro lado, existe un consenso sobre la utilidad del concepto como una medida global para la evaluación del estado de salud, de su impacto en los diferentes ámbitos de la vida de la persona y de la eficacia de los servicios ofrecidos con respecto a su mejora.

Refiriéndose a la utilidad del concepto para los servicios de salud, Albrecht y Fitzpatrick (1994) han identificado la utilidad de aplicación del concepto en cuatro ámbitos de estos servicios. Éstos son la planificación de los servicios sanitarios adaptada a las necesidades de los pacientes, la utilización del concepto como una medida de resultado de la intervención y de la investigación de los servicios sanitarios, la evaluación de las necesidades de una población específica y la distribución de los recursos sanitarios.

3. CALIDAD DE VIDA Y SALUD MENTAL

3.1 DEFINICIÓN

Aunque en la medicina general el término de calidad de vida parece solucionar el problema de la intervención médica estricta, dando una perspectiva humanística a ésta e incluyendo la percepción de la persona que la recibe, en el área de la salud mental el concepto tiene muchas más complicaciones, debidas a la naturaleza de las enfermedades a tratar.

Teniendo en cuenta la condición crónica y desagradable que supone el padecimiento de la enfermedad mental, se hace indispensable evaluar los resultados de las intervenciones a los pacientes que sufren de este tipo de enfermedad. Y esto porque la enfermedad se caracteriza por implicaciones serias en el ámbito físico, psicológico y social de la persona, además de los efectos secundarios que supone la aplicación de la intervención farmacéutica. Aparte de esto, las personas con enfermedad mental severa tienen niveles altos de desempleo, pocas relaciones íntimas y redes sociales pequeñas. De ahí que en la hora de evaluar el resultado de cualquier intervención, se tienen que tener en cuenta todos estos aspectos (Lehman y Burns 1990), incluyendo su impacto en la calidad de vida de la persona.

Bajo esta perspectiva, el interés pasa de ser meramente el tratamiento de los síntomas psicóticos en estos pacientes, a ser la vida de la persona en su totalidad. Baker e Intagliata (1982) en su estudio, dan una explicación para este traslado de interés y la importancia que ha ganado el concepto de calidad de vida como resultado de las intervenciones en los pacientes psicóticos. Estos autores atribuyen el fenómeno a la falta de una intervención efectiva para provocar la cura de la enfermedad mental, de ahí que se buscan modos para aliviar a los pacientes

y ofrecerles una vida más cómoda. Aparte de esto, la perspectiva del consumidor-usuario de los servicios ha ganado mucha importancia, ha crecido la tendencia de utilizar constructos complejos para evaluar sistemas complejos, y además el concepto de calidad de vida tiene en sí una naturaleza holística y se caracteriza por resonancia política, razones que explican su utilización amplia en el área de la enfermedad mental.

Sin embargo, el concepto de calidad de vida en los pacientes psicóticos presenta los mismos problemas de falta de consistencia entre los autores en cuanto a su definición, ya que no se ha conseguido llegar a una definición completa y universal (Lauer, 1999). En esto se añade el problema de definición de la misma la enfermedad. Y esto porque la enfermedad mental severa es un término que por sí tiene definiciones múltiples que solapan entre ellas y combinan categorías diagnósticas con la presencia de déficit sociales. Además, al tratarse de una población con características especiales, es también posible que la definición de la calidad de vida tenga que adaptarse al tipo de pacientes, es decir, al estadio de la enfermedad en el que se encuentran, al hecho de vivir en la comunidad o en un contexto hospitalario y a los objetivos específicos de cada intervención a evaluar.

La aplicación del concepto de calidad de vida en estos pacientes se introdujo por primera vez por Lehman, Ward y Linn (1982), en un estudio de evaluación de la calidad de vida en pacientes crónicos que vivían en dispositivos comunitarios en Los Ángeles. Desde entonces existen numerosos estudios que han tratado de describir y analizar el concepto aplicado en los pacientes psicóticos y en los servicios establecidos para su tratamiento. Por ejemplo, Calman (1984), basado e la teoría de

Campbell et al. (1976) define la calidad de vida como la distancia entre las expectativas del paciente y sus logros, mientras Wood-Dauphinee y Williams (1987) hablan de la "reintegración en la vida normal" como un equivalente de la calidad de vida.

Ware (1984) da una definición más amplia, conceptualizando la calidad de vida como círculos organizados de manera jerárquica, en los cuales el central representa el impacto de la enfermedad. Los demás círculos están organizados de manera progresiva, empezando por el funcionamiento personal, la sensación de bienestar y el distress psicológico, siguiendo a las percepciones generales sobre la salud y acabando al funcionamiento social y los roles sociales. Con el ejemplo de esta definición, se observa que desde muy pronto los autores han empezado a ampliar el concepto, añadiendo a la perspectiva individual factores fuera de la persona, como sociales y del contexto en lo cual pertenece. Además, se observa que el concepto se distingue del concepto de bienestar personal, lo cual se refiere principalmente a estados emocionales de la persona y, aunque se incluye al concepto de calidad de vida, no se puede considerar como equivalente.

Así que la calidad de vida en los pacientes psicóticos representa el resultado de la interacción entre el paciente y su enfermedad, la terapia de ésta, su impacto psicológico y sus consecuencias sociales (Awad y Voruganti, 2000). La calidad de vida en la esquizofrenia, según estos autores, llega a representar el efecto funcional de la propia enfermedad y de su terapia, tal y como lo percibe el paciente.

De ese modo, el concepto incluye indicadores objetivos y subjetivos. Los indicadores objetivos se refieren a la situación

social del paciente, como por ejemplo al hecho de tener un empleo, pareja y relaciones sociales. Éstos se pueden evaluar de manera objetiva y directa y son muy importantes para la evaluación de cualquier intervención. Sin embargo, estos indicadores son difíciles de influir o cambiar y dependen bastante del contexto social. Por esa razón, la calidad de vida tiene que incluir un aspecto cognitivo que se refiere a la manera que la persona percibe y reacciona ante sus condiciones objetivas de vida (Awad, Voruganti y Heslegrave, 1997) tanto de manera global como en los distintos ámbitos de ésta. Según Awad y Voruganti (2000), la calidad de vida es un constructo subjetivo por definición, ya que tiene que incluir el juicio de la persona sobre su situación vital. De ahí que parece indispensable añadir al concepto la dimensión subjetiva, ya que refleja los pensamientos, sentimientos y creencias de la persona sobre sus circunstancias (Priebe, 2007).

3.2 RELACIÓN ENTRE ASPECTO OBJETIVO Y SUJETIVO

Existen muchos estudios que han tratado de averiguar la relación entre los indicadores subjetivos y objetivos de calidad de vida en los pacientes psicóticos, y la mayoría de ellos ha comprobado que se trata de una relación moderada (Heinze, Taylor, Priebe y Thornicroft, 1997; Lehman et al., 1982; Melle, Friis, Haahr, Johannesen, Larsen, Opjordsmoen et al., 2005; Warner, De Girolamo, Beelli, Bologna, Fioritti y Rosini, 1998), que tiene un rango de valor de 0.04 a 0.57, según la revisión de Priebe y Fakhoury (2008).

Lehman et al. (1982) en su estudio, han encontrado que los indicadores objetivos estaban relacionados de manera positiva pero moderada con los indicadores subjetivos, mientras que en algunos ámbitos de la vida de la persona estos

indicadores no mostraban tener ninguna relación. Estos resultados muestran que, aunque la relación entre los dos tipos de indicadores está hacia la dirección deseada, es decir es positiva, en realidad miden aspectos diferentes del constructo de calidad de vida. En la misma conclusión han llegado también Heinze et al. (1997), en su estudio sobre la calidad de vida subjetiva en pacientes esquizofrénicos en Berlín y Londres. Los autores han observado que aunque existían diferencias en los indicadores objetivos en algunos ámbitos de la vida, como la ocupación, la vida social o la vida financiera, estas diferencias no se reflejaban en las puntuaciones de calidad de vida subjetiva de los pacientes. De ahí que han propuesto que los indicadores objetivos influyen la percepción subjetiva de calidad de vida pero no consisten en el único factor de influencia, apoyando la existencia de otros factores más influyentes.

Warner et al. (1998) han obtenido resultados parecidos, después de realizar un análisis factorial del constructo, el cual ha mostrado que los indicadores objetivos y subjetivos cargaban en factores diferentes, indicando que evalúan constructos heterogéneos. Estos autores han hecho una comparación de los niveles de calidad de vida entre pacientes esquizofrénicos en Bologna, Italia y Boulder, Colorado. Aunque los indicadores objetivos estaban a niveles mayores en Bologna, indicando la mejor situación social en la que se encontraban los pacientes en esta ciudad, los indicadores subjetivos se encontraban en los mismos niveles en los dos sitios, mostrando que la percepción de los pacientes no cambiaba a base de las condiciones externas objetivas de su vida.

Del mismo modo, Bechdorf, Pukrop, Kohn, Tschinkel, Veith, Schultze-Lutter et al. (2005), han apoyado la idea de que el hecho de vivir en condiciones idóneas, es decir bastante

parecidas a las de la población general, no determinaba por sí solo la percepción de la calidad de vida de los pacientes psicóticos. Estos autores han realizado un estudio con pacientes externos en Suecia, tomando como indicador objetivo de calidad de vida la satisfacción de las necesidades de los pacientes y como indicador subjetivo la propia percepción de estos. Sus resultados han mostrado que estos pacientes tenían un nivel de vida bastante parecido a la población general, ya que vivían solos y podían acceder con facilidad a los servicios de salud y de la comunidad. Sin embargo, su sensación de bienestar y de satisfacción con la vida no se relacionaba con estas condiciones, sino se determinaba por otros factores más subjetivos. Teniendo en cuenta que el estudio se realizó en Suecia, un país que tiene bastante desarrollado el sistema de salud mental y que los participantes en el estudio eran pacientes jóvenes que vivían solos y tenían poco tiempo de evolución de enfermedad, se puede decir que estos pacientes vivían en condiciones bastante ideales y aún así se mostraban descontentos con su calidad de vida. De ahí que se muestra la independencia entre los indicadores objetivos y la percepción subjetiva de la calidad de vida.

Del otro lado, Gaité, Vázquez-Barquero, Borra, Ballesteros, Schene, Welcher et al. (2002) tomando los diferentes ámbitos de calidad de vida por separado, han llegado a resultados diferentes. Estos autores realizaron un estudio con pacientes esquizofrénicos en 5 países europeos (el Estudio EPSILON), para averiguar los determinantes de calidad de vida y las posibles diferencias entre los diferentes contextos culturales. En este estudio, se analizó la relación de los indicadores objetivos con cada ámbito de calidad de vida subjetiva por separado y se ha mostrado que algunos de estos indicadores tenían una relación concordante con varios ámbitos,

dependiendo del contexto cultural de lo que provenían los pacientes. Por ejemplo, la satisfacción con el empleo en Verona, que es una ciudad con bajas tasas de desempleo, se veía más correlacionada con el indicador objetivo de empleo que en otras ciudades. En otros ámbitos como las actividades de ocio, la relación de los indicadores objetivos con la calidad de vida subjetiva no era tan directa, indicando el papel potencial de otros factores. De ahí que se propone la influencia de factores culturales en algunos ámbitos de la percepción de calidad de vida.

3.3 FIABILIDAD DE LOS AUTOINFORMES DE LOS PACIENTES PSICÓTICOS

La asociación moderada entre los indicadores objetivos y la propia percepción de la persona, hallada en la mayoría de los estudios, ha creado dudas en los autores sobre la fiabilidad de los autoinformes de los pacientes psicóticos. Sin embargo, no existe un criterio externo que podría anular la experiencia subjetiva de la persona y la evaluación de su situación, independientemente de si parece extraña a evaluadores externos.

Para resolver estas dudas, Voruganti, Heslegrave, Awad y Seeman (1998), han estudiado la validez de los autoinformes en una muestra de pacientes en situación estable, durante cuatro semanas. Sus resultados han mostrado que los autoinformes han tenido una validez significativa y ésta ha sido independiente de los síntomas psicóticos, los efectos secundarios de la medicación, los déficits neurocognitivos, la medicación y la actitud hacía ella. Esto es, los pacientes con un mayor número de síntomas seguían siendo fiables en su autoinforme sobre la calidad de vida, comparados con pacientes que tenían menos síntomas psicóticos, mostrando que la capacidad de los

pacientes para evaluar su experiencia personal no depende de la severidad de su enfermedad. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los pacientes incluidos en el estudio eran pacientes estabilizados y los resultados no se pueden generalizar a pacientes que sufren una descomposición por los síntomas, tienen empeoradas sus habilidades cognitivas o tienen muy poca conciencia de enfermedad.

Aún así, incluso cuando se toman medidas de evaluadores externos, la relación entre indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida parece seguir a la misma línea. En dos estudios (Bengtsson-Tops, Hansson, Sandlund, Bjarnason, Korkeila, Merinder et al., 2005; Fitzgerald, Williams, Corteling, Folia, Brewer, Adams et al., 2001), se han estudiado las relaciones potenciales entre la calidad de vida subjetiva, medida a través de autoinformes de pacientes esquizofrénicos y la calidad de vida objetiva, medida a través de evaluaciones externas por personal clínico. Los resultados de estos dos estudios han corroborado los de los estudios anteriores, ya que las dos medidas estaban relacionadas de manera moderada. Además, han mostrado que estos dos tipos de indicadores de calidad de vida están determinados por diferentes factores relacionados con la enfermedad, comprobando la hipótesis de que estos indicadores se refieren a dos aspectos distintos del constructo de calidad de vida.

En los mismos resultados llegaron Ruggeri, Bisoffi, Fontecedro y Warner (2001), que llevaron a cabo un estudio longitudinal sobre los indicadores de calidad de vida subjetiva y objetiva en pacientes psicóticos. Estos autores han utilizado como indicadores objetivos evaluaciones realizadas por personal clínico. En el análisis factorial que realizaron, los componentes objetivos y subjetivos cargaban a diferentes factores, indicando

que se referían a constructos diferentes. Adicionalmente, realizando análisis de regresión para averiguar los factores que determinaban la calidad de vida subjetiva en el tiempo, han encontrado que los indicadores objetivos, medidos como evaluaciones externas del personal clínico, no predecían la calidad de vida subjetiva en el tiempo, sino que ésta estaba determinada por factores más bien subjetivos de naturaleza, como la satisfacción con los servicios y la autoestima de los pacientes.

En otro estudio realizado en India por Lobana, Mattoo, Basu y Gupta (2001), se evaluó la calidad de vida subjetiva y objetiva a través de autoinformes de pacientes esquizofrénicos, y a través de evaluaciones externas de los familiares de los pacientes. Sus resultados han mostrado que la relación entre los indicadores objetivos y subjetivos evaluados por los mismos pacientes era moderada, consistente con los resultados de los estudios anteriores. Sin embargo, había una alta concordancia entre las evaluaciones de los pacientes y sus familiares. Los autores explican esta concordancia atribuyéndola a diferencias culturales, ya que en contraste con las culturas del Oeste, en India las relaciones entre los familiares se pueden considerar mucho más estrechas y existe una estructura familiar mucho más amplia, comparada con la familia nuclear que caracteriza nuestras sociedades. Por esa razón, los familiares proporcionan un mayor grado de apoyo social a la persona y tienen un conocimiento más alto sobre sus problemas, su situación vital objetiva y su percepción de calidad de vida.

Concluyendo, se podría decir que la falta de concordancia entre los indicadores objetivos y subjetivos de calidad de vida no se podría atribuir tanto a la falta de fiabilidad de los autoinformes de los pacientes. Siendo los pacientes los únicos

que pueden evaluar su propia experiencia, se tiene que descartar la idea de que su evaluación no es fiable, como se ha pensado. Esta falta de concordancia se atribuiría más bien a los constructos diferentes que miden estos indicadores.

Los indicadores objetivos se refieren a las condiciones del ambiente y son de gran utilidad a la hora de planificar intervenciones con este tipo de pacientes, mientras que los indicadores subjetivos dan la perspectiva del usuario en la satisfacción con su vida, elemento imprescindible para explorar su propia vivencia. Dichos constructos están relacionados de manera positiva (Lehman et al., 1982) indicando que no son irrelevantes entre ellos. De ahí que para obtener una perspectiva completa de la calidad de vida de los pacientes psicóticos, sería conveniente incluir ambos tipos de indicadores, utilizando un enfoque multidimensional del fenómeno y aplicando medidas para la evaluación tanto de la calidad de vida objetiva como de la subjetiva (Roder-Wanner, Oliver y Priebe, 1997).

3.4 NIVELES DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PSICÓTICOS

Ahora bien, considerando que la percepción del propio paciente es fiable, en general los estudios indican que estos pacientes tienen una percepción de su calidad de vida bastante positiva. Según Priebe (2007), en la percepción de calidad de vida que tienen los pacientes psicóticos influyen tres procesos. Éstos son la comparación que hace uno entre su vida actual y sus expectativas y aspiraciones, la comparación entre su situación actual y los logros de las personas de su entorno, y la adaptación en el tiempo. Los últimos dos procesos son especialmente importantes para las personas con enfermedad mental crónica, ya que normalmente sus redes sociales están

caracterizadas por la presencia de pacientes en la misma situación. Además al tratarse de una situación crónica de enfermedad, se han tenido que adaptarse en unas circunstancias de vida que igual en el pasado les hubieran considerado nada satisfactorias y ajustadas a sus aspiraciones. Como consecuencia, muchos pacientes crónicos indican que están satisfechos con su situación de vida, aunque la situación parezca diferente desde el punto de vista exterior (Arns y Linney, 1993; Sullivan, Wells y Leake, 1991).

3.4.1 COMPARACIÓN CON OTRAS POBLACIONES

Independientemente de los niveles relativamente altos que indican los pacientes sobre su calidad de vida, cuando se han comparado con muestras de población general o con otros grupos de enfermedad mental común, se ha mostrado que sus niveles de calidad de vida son más bajos (Baker e Intagliata, 1982; Bankole, Cohen, Vahia, Diwan, Kehn y Ramirez, 2007; Bobes y Gonzalez, 1997; Huxley y Warner, 1992; Mercier, Tempier y Renaud, 1992).

Para averiguar si las diferencias que presentaban los pacientes psicóticos se centraban en algunos ámbitos de la vida o se reflejaban en su totalidad, Tempier, Caron, Mercier y Leouffre (1998) han realizado un estudio de comparación entre pacientes psicóticos que vivían en dispositivos comunitarios, un grupo de población general y un grupo de población general que vivía de la asistencia pública. Los autores han incluido este último grupo con el fin de tener un grupo comparable con lo de los pacientes psicóticos, en cuanto a su nivel económico. Los resultados han indicado que los pacientes psicóticos tenían una percepción baja de su calidad de vida en su totalidad, comparada con la percepción de la población general, pero esta

percepción era semejante a la de las personas que vivían de asistencia pública.

Sin embargo, tomando los diferentes ámbitos de la vida por separado, los pacientes psicóticos tenían niveles de satisfacción con la vida parecidos a los de la población general en varios ámbitos materiales, mientras la satisfacción del grupo que vivía de la asistencia pública era más baja. Las diferencias entre el grupo de pacientes psicóticos y lo de la población general se reflejaban más bien en su insatisfacción con sus relaciones con los demás, sus amistades y su vida personal. Así que se observa que aunque los pacientes no consideran sus circunstancias socioeconómicas tan insatisfactorias, igual porque sus expectativas no son tan altas, se muestran insatisfechos en cuanto a los ámbitos relacionados con sus relaciones interpersonales e íntimas.

Evans, Banerjee, Leese y Huxley (2007) han estudiado de manera longitudinal las diferencias de calidad de vida objetiva y subjetiva entre 3 grupos, uno de pacientes con trastorno mental grave, uno con pacientes con trastorno mental común y otro de población general, durante dos años. Los datos de su estudio se basaron en dos estudios separados, uno realizado con muestras de la población general y personas con trastornos afectivos y otro realizado con pacientes con enfermedad mental severa. Se tomaron medidas de la calidad de vida objetiva y subjetiva, de las condiciones objetivas de la vida y de las características personales en los tres grupos y los datos se analizaron en dos tiempos, en el inicio y después de dos años.

Los resultados han indicado que aunque las condiciones objetivas de la vida en el grupo con enfermedad mental severa eran peores comparadas con los otros dos grupos, estos pacientes no tenían menos oportunidades de cambiar las

condiciones de su vida que el grupo con trastorno mental común. En cuanto a la calidad de vida subjetiva, los pacientes con trastorno mental grave tenían niveles más bajos en la mayoría de los ámbitos de su vida, comparados con los otros dos grupos. Estas diferencias permanecían en el tiempo, aunque las diferencias con el grupo de trastorno mental común parecían disminuirse. Sin embargo, el grupo con trastorno mental severo ha presentado mayor satisfacción con su situación financiera, comparado con los otros dos grupos en los dos tiempos, indicando que igual estos pacientes tienen unas aspiraciones más realistas en cuanto a sus ingresos, o que simplemente se han adaptado en su situación real. Adicionalmente, los resultados del estudio indicaron que mientras los niveles de calidad de vida en la población general y los pacientes con trastorno mental común permanecían estables, en el grupo de los pacientes psicóticos estos niveles mejoraban con el paso del tiempo.

3.4.2 CALIDAD DE VIDA EN DIFERENTES ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD

Hay que tener en cuenta que los estudios anteriores se han hecho con poblaciones de pacientes que vivían en una situación crónica de enfermedad, los cuales puede que hayan pasado por un proceso de adaptación en las circunstancias que les ha provocado este padecimiento en todos los ámbitos de su vida. Como consecuencia, las conclusiones de estos estudios no se podrían generalizar en poblaciones de pacientes que se encuentran en diferentes fases de la enfermedad.

Según la revisión de Malla y Payne (2005) de estudios que examinaban la calidad de vida en pacientes en su primer episodio psicótico, hasta ese momento (2005) no había ningún estudio epidemiológico sobre el estado de calidad de vida en

estos pacientes, comparándoles directamente con muestras de la población general. En cuanto a la comparación entre estos pacientes y pacientes crónicos, los autores se refieren a dos estudios.

En el primero, Shtasel, Gur, Gallacher, Heimberg y Gur (1992), utilizando una escala que medía indicadores objetivos de calidad de vida, han encontrado que los pacientes con su primer episodio psicótico tenían niveles más altos de calidad de vida en comparación con los pacientes crónicos. En el segundo de Priebe, Roder-Wanner y Kaiser (2000), que han utilizado una escala con indicadores objetivos y subjetivos, se ha encontrado que los pacientes con el primer episodio psicótico tenían niveles más altos de calidad de vida objetiva, indicando por ejemplo tasas menores de desempleo que los pacientes crónicos. Sin embargo, tenían menos satisfacción con su calidad de vida tal y como la percibían ellos, especialmente en el ámbito de seguridad con la vida.

Aunque no han utilizado muestras amplias, los siguientes estudios han hecho una comparación entre pacientes con su primer episodio psicótico y grupos de la población general. Addington, Young y Addington (2003), en su estudio longitudinal sobre psicosis temprana, han hecho una comparación entre los niveles de calidad de vida objetiva de los pacientes con su primer episodio y de un grupo de población general. Sus resultados han mostrado que aunque la calidad de vida objetiva en los pacientes había mejorado después de un año, ésta permanecía a niveles más bajos que los de la población general. Hay que tener en cuenta que estos resultados no se pueden generalizar, debido a la muestra pequeña de la población general (N=40).

En otro estudio, Roder-Wanner y Priebe (1998) han estudiado los niveles de calidad de vida objetiva y subjetiva en pacientes que acababan de tener su primer ingreso hospitalario. Uno de los objetivos de su estudio ha sido comparar los niveles de calidad de vida subjetiva y objetiva de estos pacientes con los niveles de la población general. Los resultados han mostrado que estos pacientes tenían situaciones de vida objetivamente problemáticas, como la pérdida de empleo o problemas para mantenerlo. Asimismo, igual que los pacientes crónicos, en cuanto a la calidad de vida global, estos pacientes presentaban niveles más bajos de satisfacción, comparados con la población general. Aparte de esto, estos niveles eran más bajos que la media que se encuentra normalmente en los estudios en los pacientes crónicos, igual reflejando el choque provocado por la primera hospitalización. Del otro lado, estos pacientes mostraban niveles más altos de satisfacción con sus relaciones personales, la familia y las actividades de ocio y niveles más bajos de satisfacción con el empleo y su situación económica. De ahí que se ve el contraste con los pacientes crónicos, ya que presentan una situación totalmente opuesta.

Como conclusión, se podría considerar que en cuanto a la calidad de vida objetiva, los pacientes psicóticos crónicos tienen niveles más bajos que los que acaban de tener su primer episodio, y estos últimos tienen niveles más bajos que la población general. Del otro lado, en cuanto a la percepción de la calidad de vida, los pacientes tienen niveles más bajos que la población general. Sin embargo, cuando se hace una comparación entre los pacientes en diferentes estadios de la enfermedad, los resultados indican que los pacientes crónicos tienen niveles más altos de satisfacción subjetiva. Al mismo tiempo, si tomamos la percepción de calidad de vida en cada

ámbito por separado, los dos tipos de pacientes presentan imágenes opuestas.

3.4.3 CALIDAD DE VIDA EN DIFERENTES CONTEXTOS: PACIENTES HOSPITALIZADOS Y EN CONTEXTOS COMUNITARIOS

Con el fin de evaluar si el desarrollo de los servicios comunitarios ha sido eficaz para la mejora de calidad de vida de los pacientes, los primeros estudios en esta área se han enfocado principalmente a grupos de pacientes crónicos, los cuales se han trasladado a dispositivos comunitarios después de su desinstitucionalización.

Los pioneros en este ámbito, como se ha mencionado antes, han sido Lehman et al. (1982), que han evaluado los niveles de calidad de vida objetiva y subjetiva en 8 ámbitos de la vida, en 278 pacientes recién reintegrados en la comunidad. Sus resultados han indicado que aunque en general los pacientes vivían en unas condiciones de vida bastante deficientes, más de la mitad de ellos se mostraban satisfechos con su calidad de vida y se sentía mejor con su situación, comparándola con su estancia en el hospital. Esto se mostraba para la mayoría de los ámbitos de su vida, mientras las razones principales para la falta de satisfacción en el resto de los ámbitos eran la pobreza, el aislamiento social y el desempleo.

Otros autores (Arns y Linney, 1993; Baker e Intagliata, 1982; Pinkney, Gerber y Lafave, 1991; Sullivan et al., 1991; Tempier, Mercier, Leouffre y Caron, 1997) han llegado a resultados parecidos, mostrando que los pacientes que se han trasladado del hospital a dispositivos de la comunidad han tenido unos niveles de calidad de vida bastante satisfactorios, tal y como la percibían ellos, e independientemente de las condiciones externas de su situación vital.

Para averiguar si la transición en la comunidad tiene un impacto positivo en la vida de los pacientes psicóticos, en muchos estudios se ha hecho una comparación entre pacientes hospitalizados y pacientes viviendo en la comunidad, utilizando la calidad de vida objetiva y subjetiva como un criterio crucial para la valoración de dicha transición.

En una revisión de los estudios sobre las diferencias en los niveles de calidad de vida (Barry y Zissi, 1997) se han incluido 4 estudios que comparaban los niveles de calidad de vida entre pacientes en diferentes contextos y 4 estudios que trataban de los cambios en la calidad de vida después del traslado en la comunidad de pacientes previamente hospitalizados. Las conclusiones de estos estudios han sido que los pacientes que vivían en la comunidad presentaban niveles más altos de calidad de vida, objetiva y subjetiva, en comparación con los pacientes hospitalizados. Asimismo, los pacientes que cambiaban de un dispositivo hospitalario a uno en la comunidad presentaban mejoras en su calidad de vida objetiva y subjetiva.

De los estudios más recientes, otros han utilizado medidas de indicadores objetivos de calidad de vida (Ehlert y Griffiths, 1997; Leff, Dayson, Gooch, Thornicroft y Wills, 1996) otros medidas de indicadores subjetivos (Depla, De Graaf y Heeren, 2006; Priebe, Hoffmann, Isermann y Kaiser, 2002) y otros medidas que incluían la evaluación de los dos (Goodwin y Madell, 2002).

Ehlert y Griffiths (1997) en su estudio, han comparado los niveles de calidad de vida objetiva entre pacientes viviendo en el hospital y pacientes externos que acudían a un hospital de día. Para evaluar la calidad de vida objetiva, han utilizado las evaluaciones externas del personal del hospital y del hospital de día. Sus resultados han mostrado que los pacientes que vivían

en la comunidad tenían muchas más facilidades en su vida diaria, es decir, calidad de vida objetiva más alta que los que estaban hospitalizados. Sin embargo, no se encontraron diferencias entre los dos grupos en cuanto a sus actividades sociales, indicando que los pacientes que vivían en la comunidad no tenían más amigos y no participaban en más actividades de ocio que los hospitalizados. De ahí que las circunstancias de la vida para los pacientes externos eran mejores para algunos, pero no para todos los ámbitos de su vida, dejando fuera las actividades sociales y el desarrollo de relaciones sociales, componentes importantes para su integración social.

En resultados contrarios han llegado Leff et al. (1996) en su estudio longitudinal de comparación entre pacientes hospitalizados y pacientes que se trasladaron en la comunidad. Aunque los dos grupos no diferían en la primera evaluación, es decir antes de que el segundo grupo se trasladara en la comunidad, en la evaluación que se hizo después de un año este segundo grupo tenía una preferencia de su vida en la comunidad comparada con su vida en el hospital, tenía condiciones de vida más liberales y se había aumentado el número de amigos y sus actividades sociales.

Priebe et al. (2002) en un estudio longitudinal, han tratado de averiguar si los pacientes crónicos que se trasladarían del hospital a la comunidad tendrían algún beneficio en su calidad de vida, en comparación con los pacientes que permanecerían en el hospital. Para examinar esta posibilidad, los autores tomaron medidas de la calidad de vida subjetiva y de otras variables en los pacientes hospitalizados. Un año y medio después del traslado de un grupo de ellos a la comunidad, volvieron a tomar las mismas medidas. Los dos grupos de pacientes, es decir, lo que quedó en el hospital y lo

que se trasladó en la comunidad tenían diferencias significativas, ya que el segundo grupo consistía en pacientes más jóvenes y con menos tiempo de hospitalización. Los resultados han mostrado que habían cambios positivos en cuanto a los niveles de calidad de vida en estos últimos. Estos cambios eran más altos que los cambios en la calidad de vida de los pacientes que todavía residían en el hospital, y permanecían después de controlar por las diferencias encontradas entre los dos grupos en la primera evaluación. Estos resultados muestran que el cambio del dispositivo del hospital a la comunidad tiene un impacto positivo a la vida del paciente, el cual se refleja en la percepción más alta que tiene de su calidad de vida.

En resultados contrarios han llegado Depla et al. (2006) en su estudio transversal de comparación entre pacientes ancianos crónicos con trastornos psicóticos y afectivos que vivían en el hospital y pacientes que vivían en residencias de mayores en la comunidad. Estos autores han mostrado que los pacientes que vivían en residencias de ancianos tenían niveles de calidad de vida más bajos, según su propia percepción, en comparación con los pacientes que permanecían en el hospital.

Los niveles de calidad de vida eran más bajos para los pacientes con trastornos psicóticos que para los que sufrían trastornos afectivos. Estos resultados se podrían explicar por el hecho de que los pacientes crónicos tienen un mayor riesgo de aislamiento, ya que con el tiempo largo de hospitalización se han adaptado en este contexto. Por esa razón les resulta difícil adaptarse en nuevos contextos que requieren habilidades de interacción social, las cuales en estos pacientes se encuentran disminuidas por el desuso. Por esa razón, la calidad de vida subjetiva en este estudio era peor para los pacientes fuera del contexto hospitalario, que además no era un contexto adaptado

a sus necesidades especiales, en contraste con la calidad de vida en los pacientes incluidos en el estudio de Priebe et al. (2002) que eran mucho más jóvenes y contaban con menos tiempo de hospitalización en su historia clínica.

Del otro lado, puede que los resultados contradictorios de los estudios anteriores se atribuyan al tipo de medidas utilizadas. Por eso sería más adecuado utilizar medidas de ambos indicadores, subjetivos y objetivos, para obtener una visión más específica de estas posibles diferencias.

Goodwin et al. (2002) realizaron un estudio de comparación de los niveles de calidad de vida en pacientes que vivían en tres dispositivos diferentes, que eran el hospital, pisos protegidos y su propia casa, utilizando seis medidas diferentes de calidad de vida. Los resultados han mostrado que los niveles más altos de la calidad de vida se encontraban en el grupo de pacientes que vivían solos en la comunidad, seguido por el grupo que vivía en los pisos protegidos. Los niveles más bajos se encontraban en el grupo que vivía en el contexto hospitalario. Estos resultados se reflejaban cuando se utilizaban mediciones de los evaluadores externos, mientras no estaban reflejados cuando se utilizaban medidas subjetivas. Por esa razón los autores sugieren que la elección de la medida a utilizar depende de los objetivos de cada estudio, y si el objetivo es detectar las diferencias en la calidad de vida entre pacientes viviendo en diferentes dispositivos, sería más conveniente utilizar medidas objetivas. Como se puede observar, en este estudio se refleja una vez más la poca dependencia entre la calidad de vida objetiva y subjetiva.

4. MEDIDAS DE LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD MENTAL

Como se ha observado en los estudios anteriormente citados, la utilización de medidas para la evaluación de la calidad de vida en los pacientes psíquicos depende cada vez de los intereses de cada autor, de lo que desea evaluar y, a veces, de lo que tiene a su disposición.

De igual modo que no existe un consenso sobre el concepto de calidad de vida, existen numerosos instrumentos para medir sus diferentes aspectos, según la definición y la teoría que adapta cada autor, que a veces incluso utiliza una escala sin tener una idea precisa de lo que pretende medir. Aparte de esto, hay muchos estudios que utilizan medidas que no especifican cuáles de los aspectos del constructo están midiendo en realidad, o que miden el funcionamiento, la satisfacción con la vida, o el bienestar, igualándolos con la calidad de vida. Además, hay que señalar que los instrumentos que miden déficits psicopatológicos u ofrecen una descripción de las circunstancias de la vida de la persona, no se tienen que considerar medidas de calidad de vida, aunque muchos autores las utilizan como tales (McKenna, 1997).

Según Awad y Voruganti (2000), en el momento de elegir la escala adecuada para un estudio hay que tener en cuenta una serie de características que tiene que cumplir ésta. Primero, tiene que estar ajustada a la población del estudio, su condición clínica y la fase de enfermedad, y tener propiedades psicométricas documentadas. Segundo, la calidad de vida se tiene que medir como un concepto multidimensional y su evaluación tiene que incluir autoinformes de los pacientes, con el fin de obtener su posición subjetiva. Tercero, tiene que estar adaptada a la vida de los pacientes psíquicos, que con frecuencia tienen sus capacidades cognitivas empeoradas y se

cansan con facilidad. Por esa razón, la escala tiene que ser breve y no incluir un número de ítems exhaustivo. Cuarto, tiene que ser consistente con el marco teórico que utiliza el autor para comprender el concepto de calidad de vida, y por último, tiene que tener la capacidad de detectar los cambios en el tiempo, incluso los más mínimos.

Aparte de estos requisitos, McKenna (1997) se refiere a otros dos aspectos que también son esenciales. El primero es la sensibilidad cultural, porque por ejemplo una escala construida en los Estados Unidos puede que no sea adecuada para su uso en poblaciones europeas u otras y se tendría que reajustarse en cada contexto cultural. Y el segundo es su disponibilidad en varios idiomas, con el fin de poder hacer comparaciones interculturales en varias poblaciones y averiguar la existencia de diferencias entre ellas.

A continuación se exponen algunos de los instrumentos más destacados para evaluar la calidad de vida en los pacientes psicóticos. Construidos a base de las diversas teorías sobre la manera más adecuada para medir el concepto de calidad de vida, se dividen en tres categorías: instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud, instrumentos específicos de la enfermedad e instrumentos genéricos.

4.1 INSTRUMENTOS DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Los instrumentos relacionados con la salud tienen como objetivo evaluar la calidad de vida en grupos de poblaciones con problemas de salud, independientemente del tipo de problema. Los más utilizados con pacientes psicóticos son:

✓ *Short-Form General Health Survey* (SF-36; Ware y Sherbourne, 1992). Este instrumento consiste en 8 dimensiones, que se miden a través de 36 ítems en un rango de

valores de 0 a 100 y evalúa la salud física y la salud mental en las últimas 4 semanas antes de su aplicación. Las dimensiones que examina son: función física, función social, limitaciones del rol por problemas físicos y emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general. El instrumento detecta estados positivos y negativos y se puede utilizar en cada tipo de población, con forma de entrevista o autoinforme. Se ha utilizado en muchos países diferentes y se ha comprobado su alta fiabilidad y validez en 25 estudios (Tsai, Bayliss y Ware, 1997). Este instrumento mide las propias percepciones de la persona pero no incluye medidas objetivas de los varios ámbitos de su vida.

✓ *World Health Organization Quality of Life Instrument* (WHOQOL-100 y Bref; WHOQOL Group, 1998) Estos instrumentos se desarrollaron a base del Proyecto de Calidad de Vida del OMS (1994), en un intento de construir un instrumento que sería aplicable en todas las culturas, teniendo en cuenta siempre la propia percepción de la persona, y que reflejaría la naturaleza multidimensional que ha propuesto para la calidad de vida este grupo. El primero consistía en 100 preguntas sobre 4 ámbitos de la vida, pero debido al tiempo largo de su administración, se abrevió en 24 preguntas (versión Bref), cubriendo estos ámbitos, que son la salud física, el ámbito psicológico, las relaciones sociales y el ambiente. Sus propiedades psicométricas se han evaluado en un estudio internacional de 23 países y se ha encontrado que el instrumento tiene niveles altos de fiabilidad y buena validez (Skenvington, Lotfy y O'Connell, 2004).

4.2 INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS DE LA ENFERMEDAD

Estos instrumentos se han construido con el fin de evaluar la calidad de vida específicamente en pacientes con esquizofrenia, e incluyen ítems que miden los síntomas y los efectos secundarios de la enfermedad. Aunque en una enfermedad como la psicosis estos factores son importantes y puede que influyan la calidad de vida, no se deberían considerar como indicadores propios de ésta (Priebe, 2007). Ejemplos de este tipo de instrumentos son los siguientes:

✓ *Quality of Life Scale* (QLS; Heinrichs, Hanlon y Carpenter, 1984). Esta escala se desarrolló con el fin de evaluar el síndrome deficitario en los pacientes con esquizofrenia. Es una entrevista estructurada que la pueden administrar solamente profesionales clínicos entrenados, los cuales evalúan el funcionamiento del paciente en 21 áreas, que constituyen 4 escalas: las funciones intrapsíquicas, las relaciones interpersonales, los roles instrumentales y la puntuación global. Esta escala se ha utilizado a menudo para la evaluación de varios tratamientos farmacológicos en pacientes que viven en la comunidad (Meltzer, Burnett, Bastani y Ramirez, 1990) y tiene buena fiabilidad. Sin embargo, no hay datos sobre su validez y se consideraría más bien una escala que mide el funcionamiento de los pacientes, tomando en cuenta solamente indicadores objetivos y sin englobar el concepto de la calidad de vida en su totalidad.

✓ *Schizophrenia Quality of Life Scale* (SQLS; Wilkinson, Hesdon, Wild, Cookson, Farina, Sharma et al., 2000). Esta es una escala multidimensional que se diseñó a base de entrevistas en los mismos los pacientes. Se administra de forma de autoinforme, evaluando la percepción de los pacientes y consiste en 30 ítems, incorporados en tres escalas diferentes,

que son la escala psicosocial, la escala de motivación y energía y la escala de síntomas y efectos secundarios. La escala, según sus autores tiene buena validez de constructo y fiabilidad interna y por su brevedad es de mucha utilidad para la evaluación de la calidad de vida en la práctica clínica. Sin embargo, ha recibido crítica por referirse más en los síntomas de enfermedad que en materias de calidad de vida (Klijnsma, 2001).

4.3 INSTRUMENTOS GENÉRICOS

Estos son instrumentos que se pueden utilizar independientemente del estado de salud de la población en la cual se aplican, incluidas las personas que sufren de psicosis. Normalmente incluyen preguntas sobre la salud física y mental, pero no son específicas de alguna enfermedad o tratamiento. Su utilidad consiste en que se pueden utilizar para hacer comparaciones entre grupos con diferentes características y trastornos. Los más utilizados de los instrumentos genéricos con pacientes psicóticos son:

✓ *Satisfaction with Life Domains Scale* (SLDS; Baker e Intagliata, 1982). Esta escala se ha diseñado con el fin de evaluar el impacto del "Programa de Apoyo Comunitario en Nueva York" en la satisfacción con la vida de los pacientes. Consiste en 15 ítems que miden la satisfacción del paciente en 15 ámbitos de su vida y se administra por un evaluador clínico entrenado. Es una escala breve, con fiabilidad y validez satisfactorias, pero mide solamente el aspecto subjetivo de la calidad de vida en los diferentes ámbitos y no proporciona información sobre indicadores objetivos.

✓ *Oregon Quality of Life Questionnaire* (OQOLQ; Bigelow, McFarland y Olson, 1991). Esta escala pretende evaluar el

impacto de los programas de salud mental en la calidad de vida de sus usuarios, midiendo el funcionamiento y la satisfacción de ellos en diferentes áreas de su vida. La teoría en la cual se basa sostiene que la calidad de vida se consigue a través del contrato social entre el individuo y la sociedad, y las necesidades del individuo se satisfacen cuando él cumple con las demandas que le propone la sociedad, a través de sus capacidades personales. La escala se administra a través de una entrevista autoinforme (con 263 ítems) o una entrevista semiestructurada por un evaluador entrenado (146 ítems). Estos ítems se refieren a 14 ámbitos de su vida, que se evalúan en cuanto al funcionamiento y la satisfacción con cada uno. La escala tiene fiabilidad aceptable y validez predictiva y se ha administrado tanto a pacientes psicóticos como a grupos de población general.

✓ *Quality of Life Interview* (QOLI; Lehman, 1988). Este instrumento se diseñó con el objetivo de evaluar las circunstancias de la vida de los pacientes psicóticos, respecto a sus experiencias de la vida (calidad de vida objetiva) y a sus propios sentimientos sobre estas experiencias (calidad de vida subjetiva). Se administra a forma de entrevista por un evaluador entrenado y ofrece una evaluación extensa de las experiencias (funcionamiento y acceso a oportunidades y recursos) y los sentimientos (satisfacción) en 8 ámbitos de la vida (condición vital, familia, relaciones sociales, actividades de ocio, empleo/educación, asuntos económicos, seguridad personal y salud). Cada ámbito está organizado de modo que primero se obtiene información sobre la experiencia y a continuación sobre la satisfacción sobre ese ámbito. Según Lehman (1988), este apareamiento de los indicadores objetivos y subjetivos en cada ámbito es esencial para la evaluación de la calidad de vida. La escala proporciona un indicador objetivo, un indicador subjetivo y un indicador global. Su fiabilidad y validez

están a niveles aceptables y además existen normas para su utilización con grupos de la población general.

✓ *Lancashire Quality of Life Profile* (LQLP; Oliver, Huxley, Priebe y Kaiser, 1997). Este instrumento se ha construido a base del QOLI de Lehman (1988), lo cual se modificó para reflejar las diferencias culturales y adaptarse a la sociedad Británica. Parte de la misma base teórica que el anterior, e incluye el mismo tipo de información, es decir indicadores objetivos y subjetivos, una evaluación global de bienestar y características personales. En estos se ha añadido una medida de afecto y una de autoestima y a los 8 ámbitos del anterior se les ha añadido el ámbito de la religión. Consiste en 105 ítems, tiene fiabilidad y validez aceptables y se ha caracterizado por profesionales como una medida fácil de utilizar en varios contextos y adecuada para detectar cambios en el tiempo (Oliver et al., 1997).

✓ *Manchester Short Assessment of Quality of Life* (MANSA; Priebe, Huxley, Knight y Evans, 1999). En esta escala nos referiremos de manera extensa a continuación.

5. LA ESCALA MANSA Y SUS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

La escala MANSA se podría considerar una versión modificada y mejorada de la LQOLP (Oliver et al., 1997), que tenía como objetivo minimizar las desventajas que presentaba esta última.

Aunque se caracteriza por buenas propiedades psicométricas y se ha utilizado en numerosos estudios con pacientes psicóticos, la LQOLP tiene algunos inconvenientes. Para empezar, su tiempo de administración es aproximadamente de 30 minutos, que se considera excesivo para este tipo de pacientes. Además, la escala incluye una medida de afecto, que se podría considerar más bien una medida de síntomas afectivos, los cuales se tendrían que medir a través de una escala específica y no incluirse en esta, que es una escala de calidad de vida. En cuanto a sus ítems, algunos de ellos no son adecuados para discriminar entre grupos de poblaciones diferentes o demostrar cambios en el tiempo y otros que se refieren a la calidad de vida objetiva tienen varianza insuficiente. Asimismo, no se puede sacar una puntuación global para cada ámbito y tampoco está muy bien explicada la manera de sumar los ítems correspondientes a cada ámbito diferente. En cuanto a los indicadores subjetivos, en algunos ámbitos se utiliza solamente un ítem, mientras en otros se utilizan varios y al mismo tiempo hay una inconsistencia en el lenguaje utilizado para describirlos, que puede crear confusiones. Por último, en la escala no se había incluido ningún ítem que midiera la satisfacción con la vida sexual, un ámbito que se considera importante en la calidad de vida de la persona.

Para minimizar estas desventajas, Priebe et al. (1999) construyeron la escala MANSA, la cual se basa en los mismos fomentos teóricos que la LQOLP y la QLI sobre el concepto de

calidad de vida y sus contenidos. Partiendo de la LQOLP, los ítems objetivos que se habían demostrado insuficientes para diferenciar los diferentes grupos o detectar cambios en el tiempo se eliminaron, las inconsistencias lingüísticas se arreglaron y se estableció un solo ítem para cada ámbito de la calidad de vida subjetiva.

La MANSA consiste en tres apartados. El primero incluye los datos personales de la persona y su diagnóstico. El segundo consta en 9 preguntas que se refieren a datos personales que puede que cambien en el tiempo, como la educación, el empleo, el salario y la condición residencial (con la familia, en el hospital etc.). Estos dos primeros apartados se rellenan la primera vez y cada vez que haya cambiado algo en la situación vital de la persona. El tercer apartado consta en 16 ítems que se tienen que rellenar cada vez que se administra la escala. Cuatro de ellos se refieren a los indicadores objetivos de calidad de vida y evalúan la existencia de un amigo íntimo, la frecuencia semanal de contactos con amigos, la acusación de un crimen y el hecho de haber sido víctima de violencia física. Los 12 ítems restantes se refieren a los indicadores subjetivos y evalúan la percepción de la vida como un conjunto, del empleo (protegido o no, educación, desempleo o jubilación), de la situación financiera, de la cantidad y calidad de amistades, de las actividades de ocio, de la situación residencial, de la seguridad personal, de la convivencia o el hecho de vivir solo, de la vida sexual, de la relación con la familia, de la salud física y la salud mental.

Las propiedades de la escala se estudiaron por los autores que la construyeron, utilizando la LQLP, para averiguar la validez del constructo, y el BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale; Overall y Gorham, 1962) para averiguar las relaciones con los síntomas psicóticos, en una muestra de pacientes psicóticos. La

escala ha mostrado correlaciones altas con las puntuaciones de la LQLP (todas más altas que 0,82), demostrando su validez concurrente y de constructo y además hubo consistencia interna en las puntuaciones de satisfacción ($\alpha=0,74$). En cuanto a las relaciones con la escala que medía los síntomas, se han encontrado correlaciones significativas negativas con la puntuación global de ésta y con la puntuación de ansiedad/depresión.

Si bien parece que esta escala ha eliminado los inconvenientes de la anterior, también presenta algunas limitaciones, ya que es una escala enfocada principalmente en la calidad de vida subjetiva. Además, es una escala genérica y no específica para pacientes psicóticos.

En un estudio de comparación entre la parte que se refiere a los indicadores subjetivos de la MANSA y la QLS (Heinrichs et al., 1984) que se considera una escala específica de la enfermedad y principalmente de indicadores objetivos, Kusel, Laugharne, Perrington, McKentrick, Stephenson, Stockton-Henderson et al. (2007), encontraron correlaciones positivas, pero moderadas entre las dos escalas. Este resultado parece estar en la misma línea con lo que se encuentra en la bibliografía sobre la relación moderada entre los indicadores objetivos y subjetivos de calidad de vida. Además, los análisis sobre los varios factores relacionados con cada escala mostraron que las dos escalas estaban relacionadas con diferentes tipos de sintomatología, teniendo la MANSA una correlación fuerte negativa con la escala que medía síntomas depresivos, hecho que corrobora los resultados de sus propios autores en su estudio de validación.

Examinando la adecuación de la escala para su uso con pacientes psicóticos, según los requisitos deseados expuestos

antes de Awad y Voruganti (2000), se observa que la escala está adaptada para medir la calidad de vida de los pacientes psicóticos desde un punto de vista multidimensional y subjetivo, sus propiedades psicométricas están documentadas, es una escala breve para que no se incomoden los pacientes, parte de una teoría bien documentada (Lehman, 1988) y también se considera que puede detectar cambios en el tiempo, ya que se eliminaron los ítems de la escala LQLP que no eran adecuados para este fin. En cuanto a los requisitos que añade McKenna (1997) la escala tiene sensibilidad cultural para utilizarla en estudios europeos y existe en varios idiomas para poder realizar comparaciones entre culturas.

Después de haber explorado su contenido y sus propiedades psicométricas y haber garantizado su adecuación para el uso con pacientes psicóticos, parece ser que la escala MANSA es una escala válida para evaluar la calidad de vida en pacientes psicóticos.

III. DETERMINANTES DE CALIDAD DE VIDA

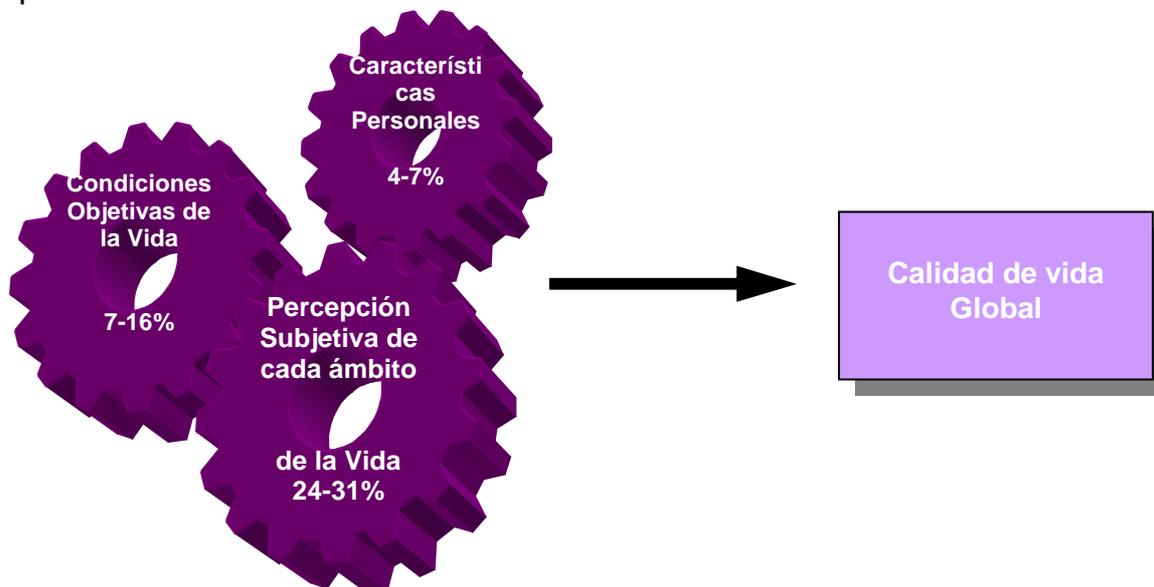
1. MODELOS GLOBALES DE CALIDAD DE VIDA EN PSICOSIS

Teniendo como objetivo examinar los factores que determinan la calidad de vida en los pacientes psicóticos, varios autores han desarrollado modelos teóricos. Estos modelos incluyen diferentes factores, según las postulaciones de cada autor, y se basan en varias hipótesis sobre las relaciones potenciales entre estos factores y la calidad de vida. Mientras la investigación en este campo va avanzando, se observa que los autores desarrollan cada vez modelos más complejos, incluyendo componentes que constituyen el concepto de calidad de vida y definiendo sus determinantes, con el fin de obtener una imagen completa del fenómeno.

1.1 MODELO JERÁRQUICO DE CALIDAD DE VIDA GLOBAL DE LEHMAN (1983)

Uno de los primeros modelos y con importancia crucial ha sido el modelo jerárquico de Lehman (1983), que el autor ha propuesto en su intento de combinar los indicadores objetivos y subjetivos de calidad de vida y concretar sus determinantes. Para definir el concepto de calidad de vida global, el autor identifica tres tipos de determinantes que aplican su influencia por separado. Éstos son las características personales, los indicadores objetivos de calidad de vida en cada ámbito de la vida de la persona por separado y los indicadores subjetivos de la calidad de vida en cada ámbito. Realizando análisis de regresión múltiple para comprobar la validez del modelo, se ha mostrado que las características personales contribuían poco a la varianza de la calidad de vida subjetiva global (4-7%), los indicadores objetivos contribuían un poco más (7-16%) y los indicadores subjetivos explicaban la mayor parte de la varianza del constructo (24-31%). Dentro de los indicadores subjetivos, los

determinantes más importantes han sido la percepción de seguridad, la satisfacción con el empleo junto con la situación financiera y la satisfacción con la familia y las relaciones personales.



1.2 MODELO MULTIDIMENSIONAL DE CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICO DE LA ENFERMEDAD DE AWAD, VORUGANTI Y HESLEGRAVE (1997)

Awad et al. (1997) han propuesto un modelo específico de la calidad de vida en pacientes esquizofrénicos que recibían terapia farmacéutica. Según este modelo, la calidad de vida es la percepción subjetiva de la interacción de tres tipos de determinantes. Éstos son la severidad de los síntomas psicóticos, los efectos secundarios de la medicación junto con la respuesta subjetiva a estos y el nivel del rendimiento psicosocial. Al mismo tiempo, existen otros factores que pueden influir en la interacción entre estos tres tipos de determinantes, como las características personales, el ajuste premórbido, los valores y las actitudes de la persona y los recursos y oportunidades disponibles.

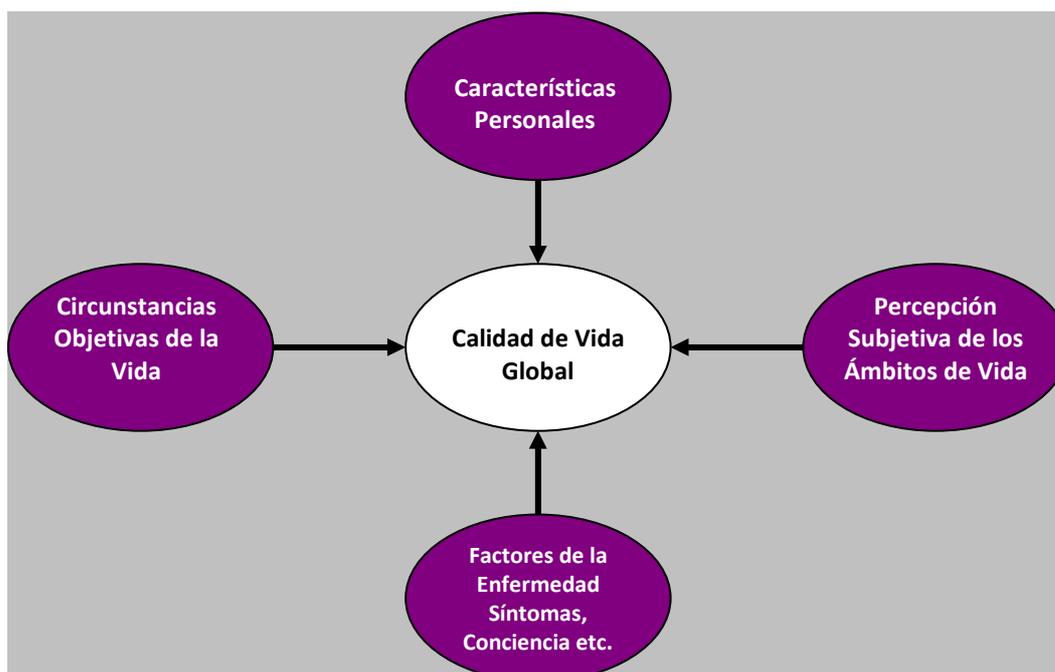


Como se puede observar en el esquema, los factores se integran en un modelo circular que da énfasis a la naturaleza multidimensional de la calidad de vida y a las relaciones múltiples entre los factores. Para examinar la validez del modelo los autores han realizado análisis de regresión múltiple. Los factores que se han revelado como los más significativos han sido la severidad de los síntomas, los efectos secundarios de la medicación y la percepción subjetiva de tolerancia a éstos por parte de los pacientes. Los demás factores, como el funcionamiento psicosocial en los varios ámbitos de la vida, no han surgido como factores significativos. Estos resultados resaltan la necesidad de controlar los síntomas y minimizar los efectos secundarios de la medicación para llegar a la mejoría de la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, no hay que considerar sin importancia los demás factores, simplemente que las intervenciones clínicas tienen que empezar por el control de los determinantes principales y luego enfocarse a la mejora de

los demás, con el fin de conseguir niveles altos de calidad de vida.

1.3 MODELO EXTENDIDO DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA (HOLLOWAY Y CARSON, 2002)

Incorporando los hallazgos de los dos modelos anteriores, Holloway y Carson (2002), en su estudio de revisión del concepto de calidad de vida proponen un tercer modelo con las características de los anteriores. En estos hallazgos los autores añaden determinantes de calidad de vida encontrados por otros estudios, como es la conciencia de la enfermedad y los eventos negativos de la vida. De ese modo, sugieren que el concepto de calidad de vida subjetiva se puede explicar por los tres determinantes propuestos por Lehman (1983), es decir, las características personales, las circunstancias objetivas de la vida y la percepción subjetiva de calidad de vida en cada ámbito, incluida la percepción de los servicios. En estos se añaden determinantes específicos de la enfermedad, los cuales explican pequeña parte de la varianza del concepto pero también se consideran cruciales para la calidad de vida en los pacientes psicóticos.



1.4 MODELO INTEGRADO DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA DE CORTEN, MERCIER Y PELC (1994)

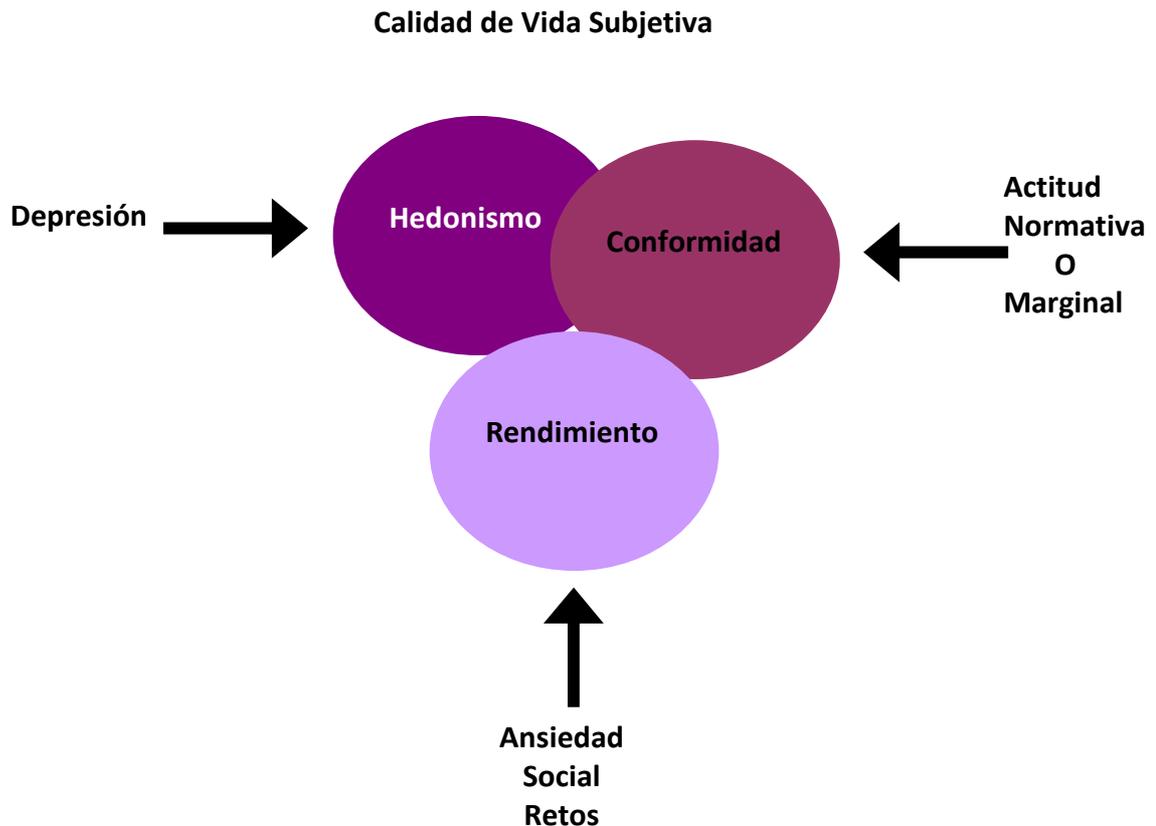
Corten et al. (1994) partiendo de distintas teorías, han desarrollado un modelo de calidad de vida enfocando en su aspecto subjetivo e integrando una serie de factores que se asocian al concepto. Su objetivo ha sido proponer un modelo que embarque características clínicas y que sea relevante a los programas de rehabilitación psicosocial. Para construir el modelo se han basado a afirmaciones de otros autores, las cuales se consideran imprescindibles para la definición de la calidad de vida. Estas afirmaciones son las siguientes:

- El nivel de satisfacción personal (Baker e Intagliata, 1982)
- La distancia entre las aspiraciones y los logros de la persona (Campbell, 1976)
- La satisfacción de necesidades para conseguir la autorrealización (Maslow, 1943)
- El desarrollo de las capacidades y el cumplimiento con los roles sociales (Bigelow, Brodsky, Stewart y Olson, 1982)
- Datos sociodemográficos
- Diagnostico y puntuaciones en la escala GAS (Global Assessment Scale; Endicott, Spitzer, Fleiss y Cohen, 1976)
- La historia de la vida de la persona
- La interdependencia, que se define como el equilibrio entre los intercambios y la dependencia en las redes sociales de la persona (Sivadon, 1973)

Para examinar la validez del modelo propuesto y averiguar las relaciones entre estos factores, los autores han realizado un análisis de componentes. Los resultados han revelado la existencia de tres factores principales que constituyen la calidad de vida. El primero, llamado *factor hedónico*, consiste en la satisfacción con la vida, las aspiraciones de la persona, la

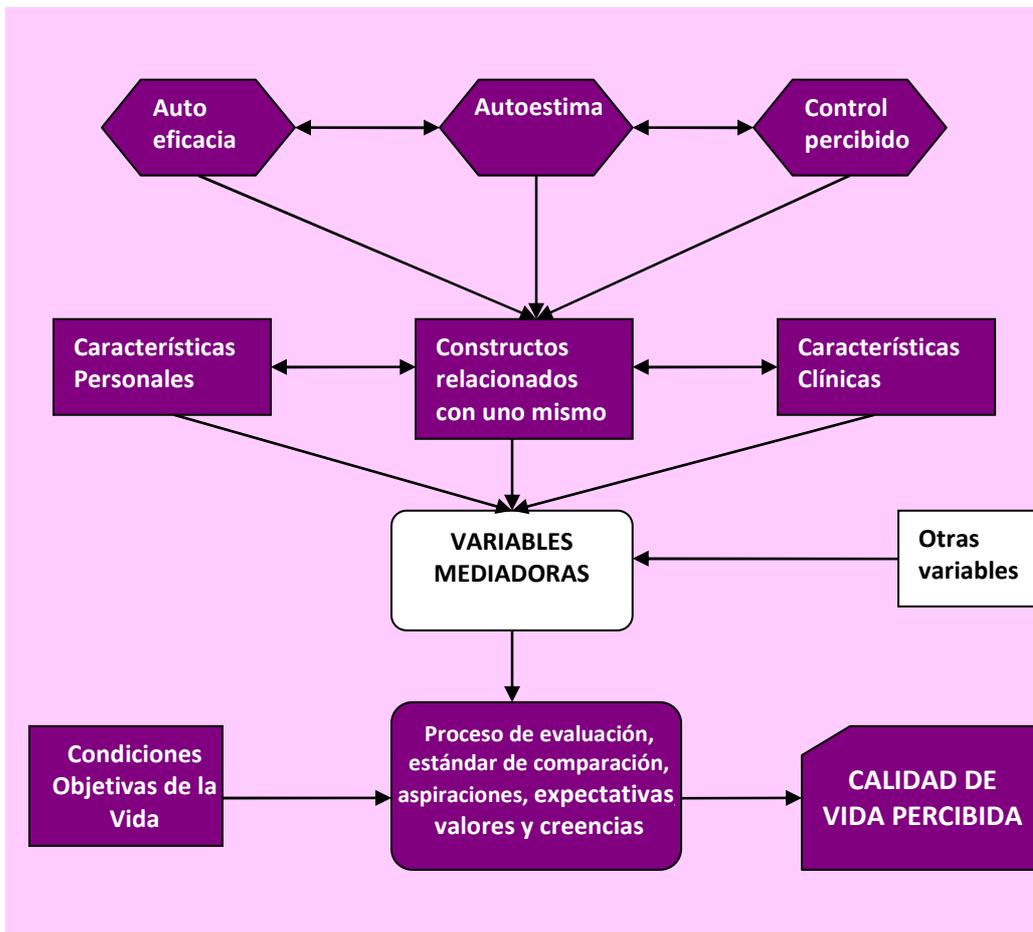
intensidad de interdependencia, el cumplimiento de las necesidades y la percepción de tener buena salud. Este factor se determina por los niveles de depresión en la persona. El segundo, llamado *factor de rendimiento*, consiste en la necesidad de autorrealización y el cumplimiento de los roles sociales. Éste se determina por los niveles de ansiedad y por una historia vital llena de retos a superar. El tercero, llamado *factor de conformidad*, se caracteriza por dos tipos de actitud ante la vida, la normativa, que se refiere a tomar riesgos y superar desafíos, y la marginal, que se refiere a una actitud de ensimismamiento y precaución. Este tercer factor se determina por los niveles de ansiedad social de la persona y las normativas de comportamiento de la sociedad.

Estos tres factores, según los autores del modelo, se podrían considerar como tres maneras diferentes de experimentar la calidad de vida subjetiva, es decir a través del hedonismo, el rendimiento o la conformidad. Además, según el modelo propuesto, la calidad de vida subjetiva no se puede conseguir únicamente a través de la satisfacción de necesidades objetivas, es decir, los indicadores objetivos no son el único determinante de la percepción de calidad de vida por parte de la persona. De ahí que los programas de rehabilitación social tienen que planificar sus intervenciones para la mejora de calidad de vida no solamente enfocándolas a las condiciones vitales objetivas, sino también a los determinantes de la propia percepción de la persona.

Modelo integrado de Corten et al. (1994)**1.5 MODELO MEDIACIONAL DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA DE BARRY (1997)**

Examinando los hallazgos de las investigaciones previas, Barry (1997) ha señalado la necesidad de desarrollar un modelo que relacione los indicadores objetivos con factores psicológicos internos, los cuales juegan un papel crucial en la evaluación de la calidad de vida subjetiva. Por esa razón ha propuesto un modelo mediacional que enfoca en la posible asociación entre la evaluación subjetiva de calidad de vida y constructos relacionados con uno mismo, como son la autoeficacia, la autoestima y el control percibido. El modelo representa una serie de hipótesis sobre la manera que un conjunto de variables interrelacionadas, como son los constructos relacionados con uno mismo, funcionan como mediadores en la percepción de la calidad de vida. Adicionalmente, sugiere que los mecanismos

cognitivos, como los niveles de expectativas y de aspiraciones y los puntos de comparación, influyen en las evaluaciones subjetivas. Específicamente, según el modelo, la percepción de calidad de vida es el resultado de un proceso de evaluación en el cual influyen tanto las condiciones objetivas de la vida como una serie de variables mediadoras, que consisten en características personales y clínicas y constructos relacionados con uno mismo.



Zissi, Barry y Cochrane (1998), han apoyado parcialmente el modelo teórico propuesto realizando un estudio de análisis empírico con pacientes crónicos que acababan de trasladarse a la comunidad. Los autores han extendido el modelo, incluyendo además en su análisis la variable de "cambio", la cual se refiere al impacto del traslado del hospital a la comunidad. Esta

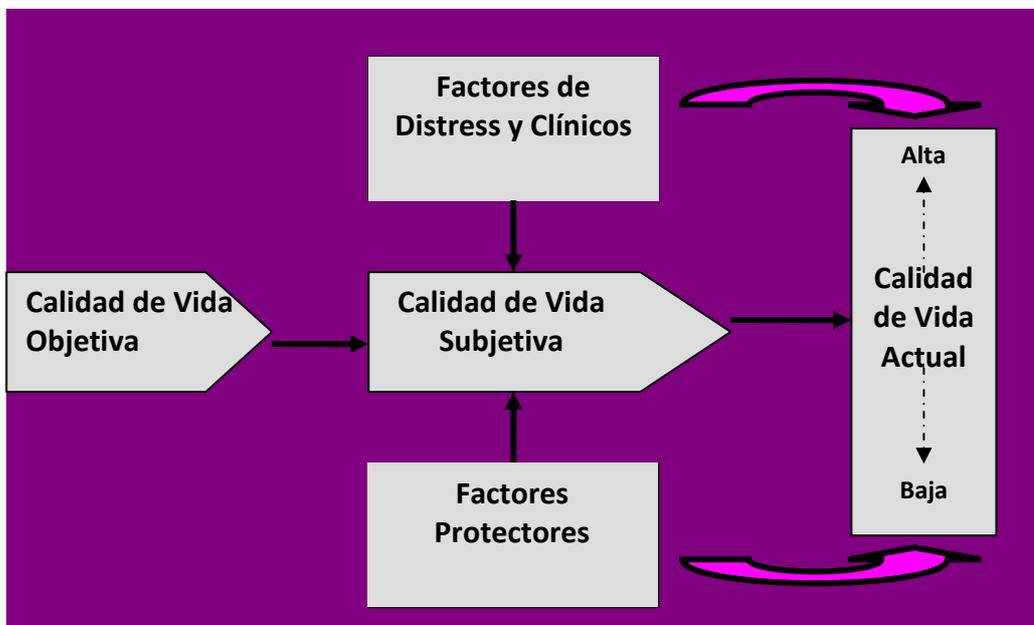
variable se ha incluido en el análisis con el fin de averiguar si la percepción del cambio de las condiciones externas de la vida tiene un efecto en la percepción de la calidad de vida. Realizando análisis de regresión múltiple, los autores han encontrado que los constructos relacionados con uno mismo y el cambio percibido han sido los factores que tenían la relación más potente y directa con el proceso de evaluación de la calidad de vida subjetiva. Aparte de esto, los constructos relacionados con uno mismo funcionaban como mediadores entre las condiciones objetivas de la vida y la evaluación de la calidad de vida subjetiva. De ese modo, las condiciones objetivas de la vida no parecían tener un efecto directo al proceso de evaluación de la calidad de vida subjetiva, sino que ejercían su papel a través de su efecto en los constructos relacionados con uno mismo. Así que el análisis empírico del modelo ha apoyado la importancia de las variables relacionadas con uno mismo propuestas en el modelo anterior, pero no ha apoyado el efecto directo de las condiciones objetivas de la vida en el proceso de evaluación de la calidad de vida.

1.6 MODELO DE DISTRESS-PROTECCIÓN DE RITSNER, MODAI, ENDICOTT, RIVKIN, NECHAMIN, BARAK ET AL. (2000)

Ritsner et al. (2000) han propuesto un modelo de Distress-Protección para determinar la calidad de vida general (subjetiva y objetiva) en los pacientes psicóticos. Este modelo postula que la calidad de vida subjetiva es el resultado de la interacción entre una serie de factores que provocan distress y una serie de factores protectores. Como factores protectores se podrían considerar el apoyo social, el estilo de afrontamiento orientado hacia la acción o la evitación, la autoeficacia, la autoestima y la conciencia de la enfermedad. Del otro lado,

como factores que provocan distress se podrían considerar el estrés psicológico, los eventos negativos de la vida, los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios de la medicación. La calidad de vida subjetiva, tanto en cada ámbito de la vida por separado como global, disminuye cuando los factores de distress superan los factores protectores y viceversa. Como el modelo se refiere a varios ámbitos de la vida, ofrece la posibilidad de incluir diversos factores relacionados con cada ámbito, que funcionan como protectores o provocando distress.

Modelo de distress-protección

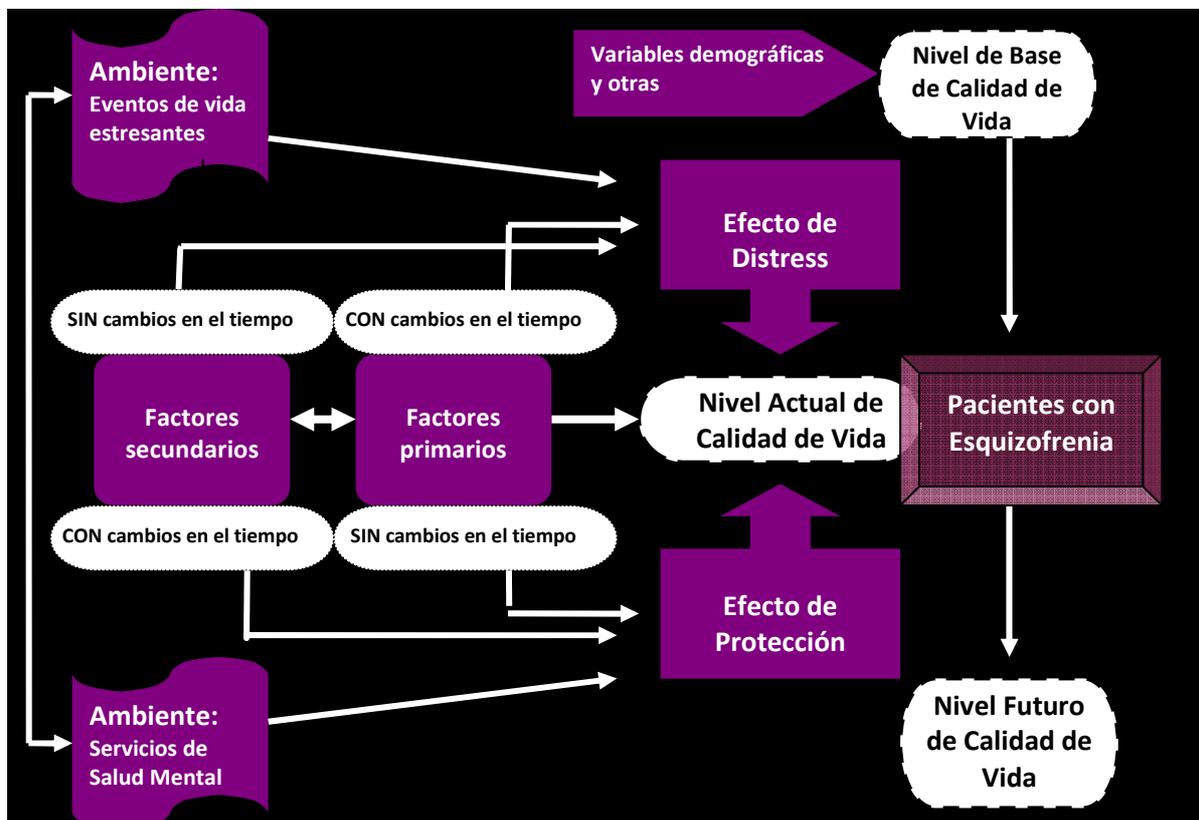


Para evaluar la validez del modelo, se llevaron a cabo dos tipos de análisis. El primero ha sido un análisis factorial el cual ha apoyado la partida teórica del modelo, revelando la existencia de dos tipos de factores, que son los protectores y los de distress, los cuales determinan la calidad de vida general. El segundo ha sido un análisis de regresión múltiple, el cual ha revelado que el modelo de distress-protección se explica mejor a través de dos factores protectores, que son el apoyo social y

la autoeficacia y dos factores de distress, que son el distress emocional y los síntomas depresivos.

En un intento de mejorar el modelo anterior, Ritsner, Gibel y Ratner (2006), han integrado en ello diferentes tipos de factores relacionados con la calidad de vida de las personas con esquizofrenia. Específicamente, los autores han hecho una separación entre los factores primarios y los factores secundarios. Los primarios se refieren a características innatas o personales, como la autoeficacia, el apoyo social percibido y la emoción expresada y tienen un efecto directo a la calidad de vida subjetiva. Los secundarios están relacionados con la enfermedad y el ambiente, refiriéndose a la conciencia de la enfermedad, los síntomas, los efectos secundarios de la medicación, los eventos de vida negativos y la calidad de los servicios de salud mental, y aplican su efecto a través de los primarios.

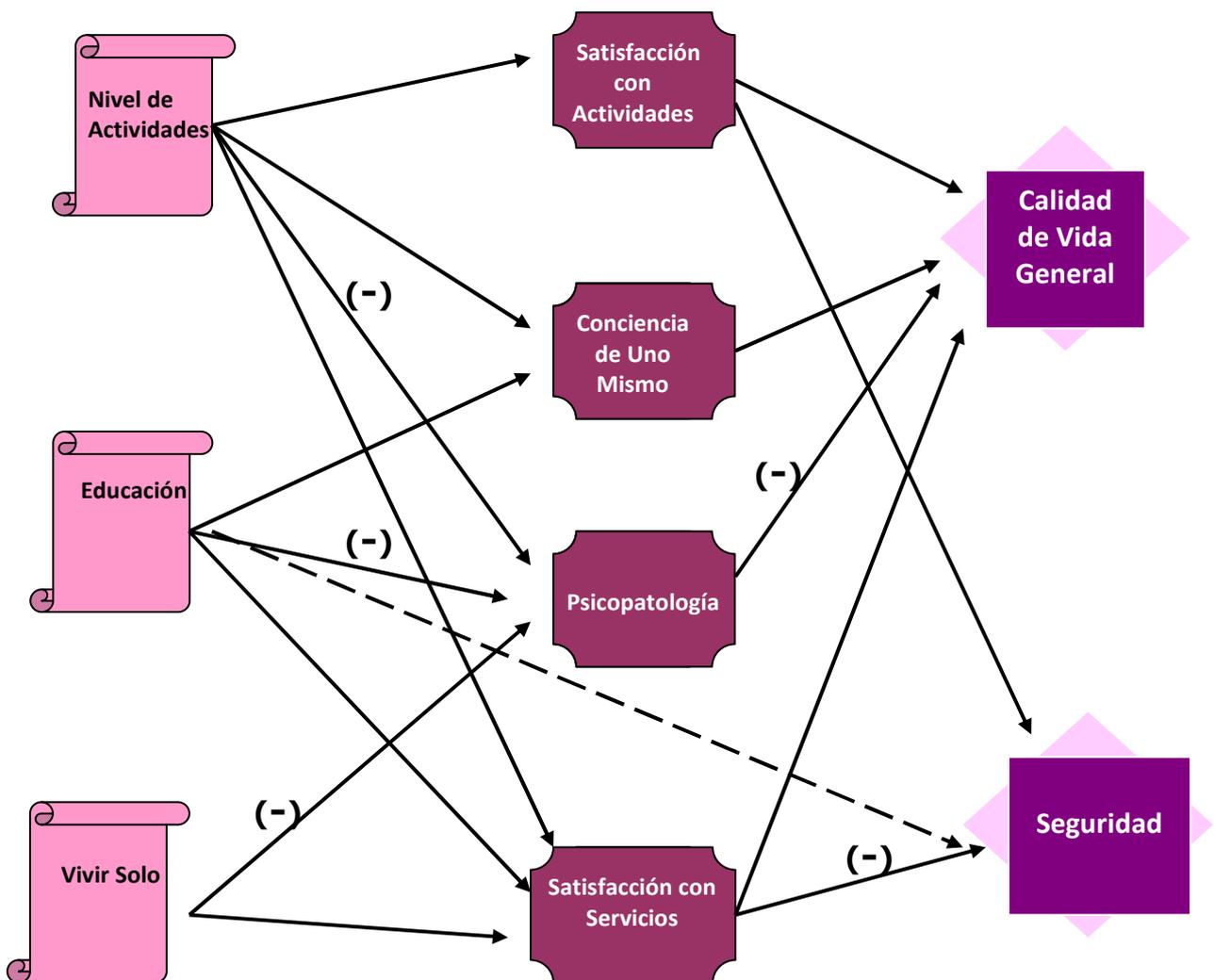
Modelo Reformado de Distress-Protección



1.7 MODELO DE CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA DE EKLUND Y BACKSTROM (2005)

Basándose en los hallazgos de las investigaciones previas e integrando factores que se han comprobado tener una contribución en la calidad de vida de estos pacientes, Eklund y Backstrom (2005) han propuesto un modelo de calidad de vida subjetiva de los pacientes psicóticos que viven en la comunidad. El modelo se basó en la hipótesis de que un conjunto de factores, como las circunstancias objetivas de la vida, factores personales, la psicopatología, el nivel de actividad, la satisfacción con las actividades diarias y la satisfacción con los servicios médicos, funcionarían como determinantes de la calidad de vida subjetiva en los pacientes psicóticos. Para averiguar la validez del modelo, los autores han realizado una serie de análisis de ecuación estructural, los cuales han revelado las relaciones específicas entre los factores mencionados y su relación con el constructo de la calidad de vida.

Específicamente, el modelo que tenía un mejor ajuste a los datos ha mostrado que habían dos variables que representaban el constructo de la calidad de vida subjetiva. Éstas eran la calidad de vida general y el aspecto de calidad de vida que se refiere a la seguridad. De los determinantes estudiados, las condiciones objetivas de la vida, concretamente el nivel de educación y el hecho de vivir solo, junto con el nivel de actividades se han encontrado de tener un efecto en la calidad de vida, pero ese efecto no era directo. Solamente la variable de la educación se mostró tener un efecto directo a la variable de calidad de vida que se refería a la seguridad. La conciencia de uno mismo, la satisfacción con las actividades diarias, la psicopatología y la satisfacción con los servicios médicos se han encontrado de tener una función mediadora entre estos determinantes y las dos variables de la calidad de vida.



Se debe señalar que el concepto de calidad de vida general en este modelo se refiere a la calidad de vida general subjetiva. Los autores han utilizado en su estudio la escala MANSA (Priebe et al., 1999) la cual como se mencionó anteriormente incluye tanto indicadores objetivos como subjetivos. En el presente análisis, los indicadores objetivos de la escala se han utilizado junto con las demás variables que representaban indicadores objetivos, mientras que el análisis

del constructo de calidad de vida se hizo a base de los ítems referidos a la calidad de vida subjetiva. Además, de los indicadores objetivos incluidos en la escala, solamente el hecho de vivir solo se ha encontrado tener un efecto en la calidad de vida subjetiva y esto a través de su relación negativa con la psicopatología.

Como se puede observar en los modelos expuestos, con el fin de explicar el fenómeno complejo de la calidad de vida e identificar sus determinantes, los autores proponen una amplia serie de factores relacionados con aspectos de la vida de los pacientes, aspectos personales y también de su enfermedad. Hay que destacar que todos los modelos proponen un efecto de la calidad de vida objetiva, la cual está definida normalmente como circunstancias objetivas, en la calidad de vida subjetiva. La naturaleza exacta de este efecto no se ha comprobado claramente, apareciendo como directa en algunos modelos o mediada por otros factores en otros. Aparte de esto, se proponen tanto factores relacionados con la enfermedad como factores que tiene que ver con la persona y su entorno.

2. DETERMINANTES VARIOS DE CALIDAD DE VIDA

Aparte del desarrollo teórico de varios modelos con el objetivo de explicar los factores que tienen un efecto en la calidad de vida, se han llevado a cabo estudios empíricos que han intentado examinar el papel de una serie de factores como posibles determinantes de la calidad de vida subjetiva de los pacientes psicóticos. En estos factores se incluyen los factores demográficos, los psicosociales, los personales y los clínicos. En estos últimos se incluyen los síntomas de la enfermedad, en los cuales nos referiremos extensivamente más adelante. Resumiendo los datos de los estudios que han examinado los determinantes de la calidad de vida, se observa la siguiente imagen.

2.1 DEMOGRÁFICOS

Los estudios referidos a la influencia de las variables demográficas a la percepción de la calidad de vida de los pacientes psicóticos han llegado a resultados contradictorios. En cuanto al sexo, otros estudios han mostrado que las mujeres tienen una menor percepción de la calidad de vida (Hofer, Baumgartner, Edlinger, Hummer, Kemmler, Rettenbacher et al., 2005; Ruggeri, Nose, Bonetto, Cristofalo, Lasalvia, Salvi et al., 2005) y otros lo contrario (Atkinson, Zibin y Chuang, 1997; Caron, Mercier, Diaz y Martin, 2005a; Carpiniello, Lai, Pariente, Carta y Rudas, 1997; Teh, Kilbourne, McCarthy, Welsh y Blow, 2008) y lo mismo con el aumento de edad, otros mostrando que contribuye en tener una percepción menor de la calidad de vida (Browne, Roe, Lane, Gervin, Morris, Kinsella et al., 1996) y otros lo contrario (Caron et al., 2005a; Mercier, Peladeau y Tempier, 1998; Ruggeri et al., 2005). Además, en dos estudios se ha observado una interacción entre la edad y el género,

mostrando que los hombres menores de 25 años (Lehman, Postrado y Rachuba, 1993) y los que tenían entre 36 y 45 años (Lehman, Slaughter y Myers, 1992) tenían mayor calidad de vida que las mujeres. En cuanto a la educación, otros estudios han mostrado que mayor nivel educativo significa mejor calidad de vida (Caron et al., 2005a; Carpiniello et al., 1997; Eklund y Backstrom, 2005; Ruggeri et al., 2005), mientras otros han indicado lo contrario (Caron et al., 2005b; Skantze, Malm, Dencker, May y Corrigan, 1992; Xiang, Weng, Leung, Tang y Unvari, 2007). El estado civil de los pacientes también se ha encontrado relacionado con la calidad de vida, de modo que los pacientes casados tienen niveles más altos que los solteros o divorciados (Melle et al., 2005; Ruggeri et al., 2005a; Salokangas et al., 2005). Del mismo modo, la situación laboral muestra una relación positiva con la calidad de vida, siendo más alta para las personas que tienen un empleo y más baja para los desempleados (Kovess-Masféty et al., 2006; Marwaha et al., 2008).

Por último, varios estudios que han investigado los determinantes de la calidad de vida incluyendo las variables demográficas, no han encontrado ningún efecto de éstas (Bechdolf, Klosterkötter, Habrecht, Knost, Kuntermann, Schiller et al., 2003; Hansson y Bjorkman, 2007; Heider, Angermeyer, Winkler, Schomerus, Bebbington, Brugha et al., 2007; Schmid, Neuer, Cording y Spiessl, 2006).

2.2 INDICADORES OBJETIVOS

Como se ha mencionado antes, la relación entre los indicadores objetivos de la calidad de vida y la calidad de vida subjetiva se ha mostrado tener cierta complejidad. De un lado, existen estudios que han apoyado la idea de que los indicadores

objetivos determinan la percepción subjetiva de la calidad de vida (Heider et al., 2007). Sin embargo, otros estudios no han confirmado esta idea (Bechdolf et al., 2003; Ruggeri et al., 2001; Skantze et al., 1992), mientras otros han llegado a la conclusión que los indicadores objetivos tienen una influencia en la calidad de vida subjetiva, pero ésta no es directa (Eklund y Backstrom, 2005; Zissi et al., 1998). En general se podría decir que aún cuando los indicadores objetivos se muestran como determinantes de la percepción de la calidad de vida, su efecto se consideraría más bien moderado.

2. 3 PERSONALES Y PSICOSOCIALES

2.3.1 PERSONALES

Un hallazgo más consistente en la bibliografía es la influencia de las variables personales y psicosociales. Como se había propuesto por el modelo mediacional de Barry (1997), los constructos relacionados con uno mismo, como la autoeficacia, la autoestima y la percepción de control que tiene la persona, puede que determinen su percepción de la calidad de vida. Los hallazgos empíricos han confirmado esta hipótesis, mostrando la influencia positiva de la autoestima (Kunikata, Mino y Nakajima, 2005; Meijer, Koeter, Sprangers y Schene, 2008; Ruggeri et al., 2001; Ruggeri et al., 2005), la autoeficacia (Bechdolf et al., 2003) y la autoestima junto con la autoeficacia (Ritsner et al., 2000; Ritsner, 2003; Ritsner et al., 2003; Ruggeri et al., 2001; Zissi et al., 1998) en la calidad de vida de los pacientes psicóticos.

2.3.2. PSICOSOCIALES

Aparte de los factores personales, a la hora de definir los determinantes de la calidad de vida en los pacientes psicóticos, se ha destacado el papel crucial de variables del entorno.

Especialmente, las diferentes facetas del apoyo social, como la red social (Cechnicki, Wojciechowska y Valdez, 2007; Hansson y Bjorkman, 2007; Lundberg, Hansson, Wentz y Bjorkman, 2008) el apego y el reconocimiento de valor (Caron et al., 2005b) y el apoyo social percibido (Bechdolf et al., 2003; Eack, Newhill, Anderson y Rotondi, 2007; Ritsner, 2003) se han mostrado tener un impacto positivo en la calidad de vida. Del mismo modo, la satisfacción con los contactos sociales se ha encontrado tener una relación positiva con la calidad de vida subjetiva (Bengtsson-Tops y Hansson, 2001).

Del otro lado, los eventos estresantes de la vida (Caron et al., 2005b; Ritsner, 2003) y el afrontamiento negativo (Bechdolf et al., 2003; Ritsner, Kurs, Gibel, Hirschmann, Shinkarenko y Ratner, 2003) se han mostrado tener un efecto negativo en la percepción de la calidad de vida de los pacientes psicóticos.

Concretamente, en el estudio longitudinal de Caron et al. (2005b) examinando varios determinantes potenciales de la calidad de vida, el apoyo social se reveló como el factor que explicaba la mayor parte de la varianza de la calidad de vida subjetiva de los pacientes psicóticos, teniendo con ésta una relación positiva. Después del apoyo social, como segundo factor más importante se revelaron los eventos estresantes de la vida diaria, manteniendo una relación negativa con la calidad de vida.

Ritsner (2003), llevando a cabo un estudio longitudinal, ha llegado a resultados parecidos en cuanto al apoyo social. Específicamente, el apoyo social, junto con las variables personales de la autoestima y la autoeficacia, han surgido como determinantes de la calidad de vida en los varios ámbitos de la vida de los pacientes, teniendo una relación positiva, mientras los eventos estresantes tenían una relación inversa. Otro

estudio longitudinal de Ritsner et al. (2003) confirmó la importancia de las variables personales junto con el afrontamiento negativo, para explicar el fenómeno de la calidad de vida. Concluyendo, se podría decir que estos estudios ofrecen apoyo empírico en el modelo de distress-protección anteriormente descrito (Ritsner et al., 2000), según el cual los cambios en la percepción de la calidad de vida son el resultado de la interacción entre factores que provocan distress y factores protectores.

2.4 CLÍNICOS

Aparte de estos factores, los estudios han incluido en su diseño factores clínicos. Entre ellos, se ha señalado la influencia negativa de los efectos secundarios de la medicación. Como se ha mencionado antes, este factor ha surgido como uno de los más importantes en el momento de determinar la calidad de vida subjetiva, según el examen empírico del modelo propuesto por el Awad et al. (1997). Una serie de estudios ha apoyado esta influencia (Bebbington, Angermeyer, Azorin, Marwaha, Marteau y Toumi, 2009; Packer, Husted, Cohen y Tomlinson, 1997; Ritsner, 2003; Ritsner et al., 2000; Yen, Cheng, Huang, Yen, Ko y Chen, 2008).

Específicamente, en el estudio de Bebbington et al. (2009) tomando medidas objetivas y subjetivas de los efectos secundarios de la medicación, los autores han encontrado que en realidad era la percepción de estos efectos que estaba relacionada con la calidad de vida subjetiva, y además, cada tipo de efecto mostraba relaciones con diferentes ámbitos de la calidad de vida. Del otro lado, los efectos secundarios medidos de manera objetiva no se mostraban relacionados con ningún ámbito de la calidad de vida, señalando la importancia de la

propia experiencia de la persona, independientemente de su vivencia externa. Este hallazgo se apoyó también en el estudio de Ritsner et al. (2000) aunque en este estudio el efecto de la percepción de los efectos secundarios en la calidad de vida no parecía ser tan fuerte, comparándolo con otros determinantes más potenciales.

En cuanto a la conciencia de la enfermedad, se ha apoyado la idea de que tiene una relación inversa con la calidad de vida subjetiva. Es decir, a mayor conciencia de enfermedad, menor es la percepción de la calidad de vida de los pacientes, ya que parece que se dan cuenta de sus limitaciones y se muestran descontentos (Hasson-Ohayon, Kravetz, Roe, David y Weiser, 2006; Karow y Pajonk, 2006; Karow, Pajonk, Reimer, Hirdes, Osterwald, Naber et al., 2008; Ritsner, 2003; Yen et al., 2008).

Sin embargo, en un estudio de Roseman, Kasckow, Fellows, Osatuke, Patterson, Mohamed et al. (2008) se ha encontrado una interacción entre los síntomas negativos y la conciencia de la enfermedad para determinar la calidad de vida. Los resultados del estudio han indicado que los pacientes que tienen mayor conciencia de la enfermedad pueden controlar mejor los síntomas negativos, hecho que les lleva a tener una mejor percepción de su calidad de vida.

Del mismo modo, se ha destacado la influencia negativa del estigma (Depla, de Graaf, van Weeghel y Heeren, 2005; Katschnig, 2000) y del tiempo de hospitalización (Caron et al., 2005a; 2005b) en la percepción de la calidad de vida de los pacientes psicóticos. Asimismo, muchos autores se refieren al impacto negativo que tienen las necesidades no cubiertas de los pacientes (Becker, Leese, Krumm, Ruggeri y Vazquez-Barquero, 2005; Bengtsson-Tops y Hansson, 1999; Eack et al., 2007;

Hansson y Bjorkman, 2007; Hansson, Sandlund, Bengtsson-Tops, Bjarnason, Karlsson, Mackeprang et al., 2003).

Concretamente, según el estudio de Bengtsson-Tops y Hansson (1999), las necesidades no cubiertas que determinaban una peor percepción de calidad de vida en los pacientes se encontraban en los ámbitos de la compañía, del distress psicológico, de las actividades diarias y de la expresión sexual.

3. DETERMINANTES PSICOPATOLÓGICOS DE LA CALIDAD DE VIDA

3.1 DIMENSIONES PSICOPATOLOGICAS (BPRS Y PANSS)

Antes de analizar con detención los hallazgos de los estudios sobre la relación compleja de los síntomas psicóticos con la calidad de vida, es necesario hacer un análisis de las varias dimensiones psicopatológicas que se incluyen en los instrumentos utilizados para la medición de los síntomas. Las escalas que se utilizan principalmente en los estudios para evaluar los síntomas de los pacientes psicóticos son la BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale; Overall y Gorham, 1962) y la PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale; Kay, Fiszbein y Opler, 1987). En su intento de definir las dimensiones psicopatológicas de cada escala, los autores han llegado a diferentes resultados.

La BPRS (Overall y Gorham, 1962) se construyó para obtener una evaluación rápida de los síntomas en pacientes con esquizofrenia. Al principio estaba constituida por 16 ítems que se expandieron a 18 y después a 24 ítems (versión extendida), con el fin de aumentar la sensibilidad del instrumento en un rango amplio de síntomas psicóticos y afectivos (Lukoff, Nuechterlein y Ventura, 1986).

La mayoría de los estudios realizados para averiguar sus dimensiones han llevado a cabo análisis factoriales utilizando las versiones de 16 o 18 ítems. Por ejemplo, Overall y Klett (1972) realizaron un análisis exploratorio utilizando una muestra de 3000 pacientes de diagnósticos mezclados que no recibían tratamiento farmacéutico. Sus resultados han revelado la existencia de 5 dimensiones del instrumento, que eran *Trastorno de pensamiento, Activación, Hostilidad-Sospecha, Ensimismamiento-Retraso y Ansiedad-Depresión*. Estas dimensiones se han utilizado en numerosos estudios para

evaluar la severidad de los síntomas en pacientes esquizofrénicos y otros pacientes psicóticos.

En cuanto al instrumento de 24 ítems, se ha propuesto la existencia de 4 o 5 dimensiones, diferentes en cada estudio. Dingemans, Linszen, Lenior y Smeets (1995), a través de un análisis factorial con una muestra de pacientes psicóticos de diversas patologías han llegado a una solución de 5 factores, los cuales eran los *Síntomas Negativos, Positivos, Depresión, Manía y Desorientación*. Burger, Calsyn, Morse, Klinkenberg y Trusty (1997), también han indicado 5 factores, utilizando una muestra de pacientes crónicos, pero estos factores han sido los *Síntomas Negativos, Positivos, Ansiedad-Depresión, Hostilidad- Sospecha y Actividad*.

Más consistente ha sido la solución de 4 factores, propuesta por varios autores. Van der Does, Linszen, Dingemans, Nugter y Scholte (1993), utilizando una muestra de pacientes después de su primer episodio psicótico han llevado a cabo un análisis factorial y han encontrado que el modelo con el mejor ajuste fue lo de 4 factores, siendo estos los *Síntomas Negativos, Síntomas Positivos, Desorganización y Depresión*. Ventura, Nuechterlein, Subotnik, Gutkind y Gilbert (2000), utilizando una muestra de pacientes con esquizofrenia, trastornos esquizoafectivos y manía después de su primer episodio psicótico, han propuesto también la solución de 4 factores, siendo estos los *Síntomas Negativos, Positivos, Ansiedad-Depresión y Excitación Maniaca*. Los autores proponen que en esta última dimensión se incluye el elemento de la Desorganización. Aparte de esto, en estos factores según su análisis se añadía un quinto factor que no era interpretable.

Los mismos factores se confirmaron casi en su totalidad por otro estudio de Ruggeri, Koeter, Schene, Bonetto, Vázquez-

Barquero, Becker et al. (Estudio EPSILON; 2005b). Realizado con pacientes esquizofrénicos de 5 países europeos, se han hallado 4 factores, los cuales han sido los *Síntomas Negativos, Positivos, Ansiedad-Depresión y Excitación Maniaca-Desorganización*.

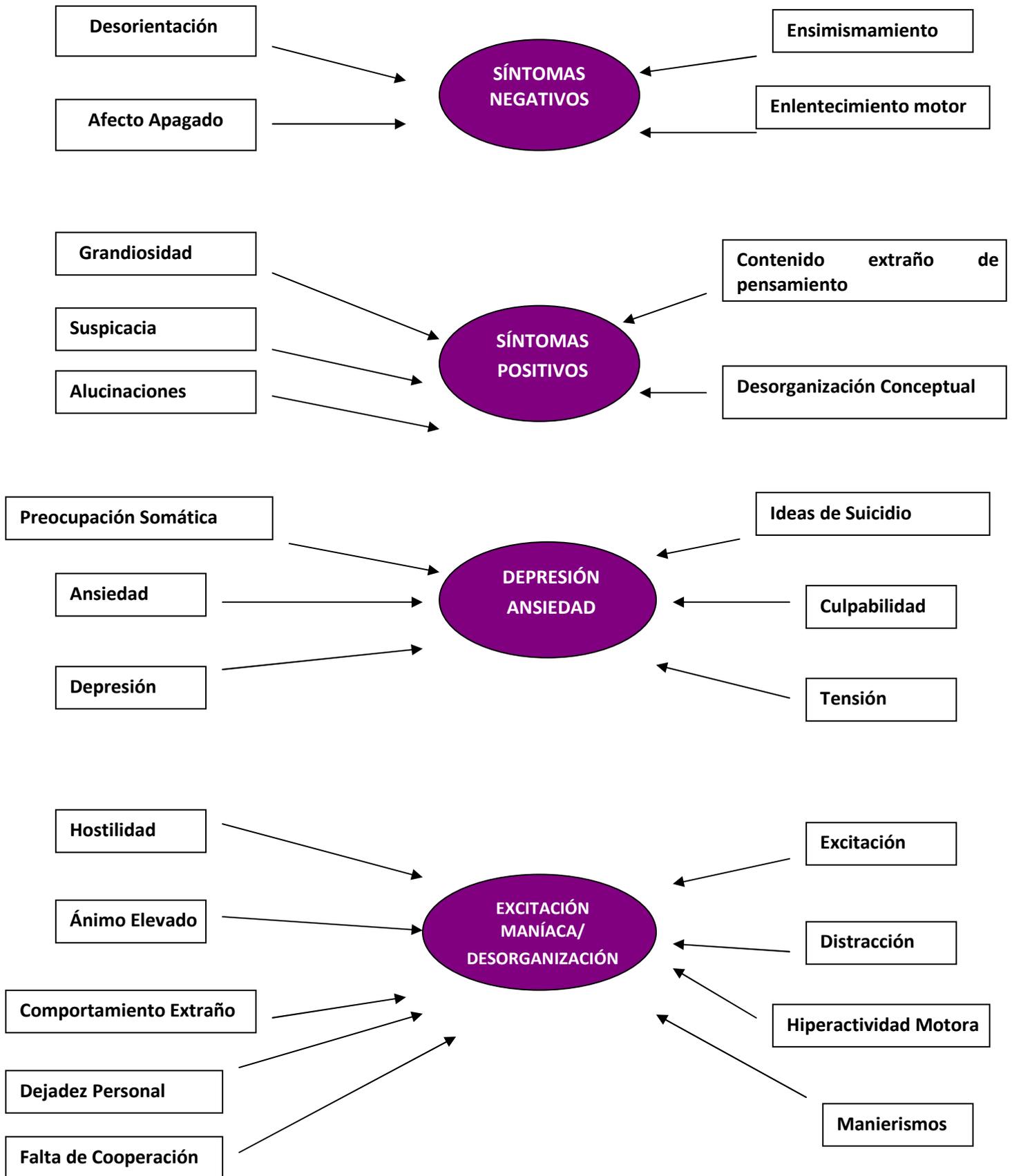
Otro estudio (Velligan, Prihoda, Dennehy, Biggs, Shores-Wilson, Crismon et al., 2005) confirmó la existencia de 4 factores utilizando una muestra amplia de pacientes externos que padecían esquizofrenia, trastorno depresivo o bipolar. Los autores han aplicado el instrumento de 24 ítems cada tres meses durante un año. A través de un análisis factorial se reveló la existencia de 4 factores, los cuales eran los *Síntomas Negativos, Psicosis, Ansiedad-Depresión y Activación*. Esta solución era consistente para todos los grupos diagnósticos independientemente del tiempo de evaluación, la edad, el género, la educación y la nacionalidad de los participantes. En este estudio el factor de Desorganización no ha salido como una dimensión independiente y los autores indican que puede que éste sea un factor adicional, pero no con tanta fiabilidad como para formar un factor separado.

La existencia de 4 factores se reafirmó también en el estudio de Kopelowicz, Ventura, Liberman y Mintz (2008) con pacientes psicóticos. Este estudio ha sido innovador, ya que los autores han dividido la muestra en pacientes con su primer episodio psicótico, pacientes con duración de enfermedad de 2 a 19 años y pacientes crónicos con duración de enfermedad más de 19 años. Su análisis factorial exploratoria ha revelado que para los tres grupos la mejor explicación se daba a través de 4 componentes, los cuales eran los *Síntomas Negativos, Positivos, Ansiedad-Depresión y Excitación Maniaca*.

Estos últimos estudios muestran que la solución propuesta de 4 factores parece válida tanto para pacientes provenientes de diferentes países (Ruggeri et al., 2005b) como para pacientes con diferentes diagnósticos (Ventura et al., 2000), en diferentes estadios de la enfermedad (Kopelowicz et al., 2008), e independientemente de sus características sociodemográficas (Velligan et al., 2005).

Considerando los factores propuestos por estos estudios para el instrumento de 24 ítems, se puede suponer que la solución más consistente es la de 4 factores. Además, se observa que las soluciones que proponen los autores tienen en común los tres primeros factores. Estos son los *Síntomas Negativos*, *Positivos* y *el factor de Depresión-Ansiedad*, que algunos lo nombran Depresión incluyendo en ello los dos elementos afectivos. En cuanto al cuarto factor las explicaciones difieren. Este factor está nombrado *Manía*, *Excitación Maníaca* o *Desorganización*, o incluso ambas cosas, ya que se propone que la Desorganización y la Excitación Maníaca forman parte de la misma dimensión (Ruggeri et al., 2005b; Ventura et al., 2000). De hecho, este último factor parece ser una de las ventajas de la versión extendida del instrumento, ya que 4 de los 6 ítems añadidos al instrumento de 18 ítems forman parte de este nuevo factor. De ese modo el instrumento cubre esta dimensión psicopatológica y amplía la evaluación de los síntomas en los pacientes psicóticos.

DIMENSIONES DEL BPRS Y SUS ÍTEMS CORRESPONDIENTES (Ruggeri et al., 2005b)



La escala PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale; Kay, Fiszbein y Opler, 1987) es una versión extendida del BPRS (incluyendo 18 ítems de ello) la cual, según sus autores, clasifica los síntomas psicóticos en tres categorías, que son los síntomas positivos, los negativos y la psicopatología general. Sin embargo, a través de sus 30 ítems se evalúan muchos síntomas que no pertenecen a ninguna de estas tres categorías. Para averiguar la estructura de los ítems del instrumento, se han llevado a cabo numerosos estudios de análisis factorial.

El grupo de estudio del PANSS (White, Harvey, Opler et al., 1997) ha indicado que existe una gran diversidad en los estudios, tanto en el número como en el contenido de ítems que se incluyen en cada factor propuesto por los diferentes estudios. En un intento de superar esta variabilidad, este grupo ha llevado a cabo un estudio en lo cual se estudió el ajuste de 20 modelos formulados anteriormente, en una muestra amplia de 1233 pacientes con esquizofrenia. Sus resultados han concluido que ninguno de esos modelos tenía un ajuste adecuado a los datos y los autores han sugerido un nuevo modelo, llamado el modelo Pentagonal, que incluía los 25 de los 30 ítems del instrumento. Este modelo consistía en los siguientes 5 factores: *Positivo, Negativo, Disforia, Activación y Preocupación Autística*. Este modelo pentagonal se incluyó en el manual del uso de PANSS (Kay, Opler y Fiszbein, 2000).

Sin embargo, este modelo no ha llevado a su fin el tema de la definición de factores que mejor representan la estructura del instrumento. Por ejemplo, Fitzgerald, de Castella, Brewer, Filia, Collins, Davey et al. (2003a) han puesto en duda la validez del modelo pentagonal. Estos autores han hecho un análisis de ese modelo, comparándolo con el modelo tradicional de tres factores (Síntomas Positivos, Negativos y Psicopatología

General) y con un modelo alternativo de 5 factores. El estudio se llevó a cabo con una muestra de pacientes psicóticos provenientes de la comunidad y hospitalizados, incluyendo pacientes en cada estadio de su enfermedad. Sus resultados han mostrado que ninguno de los tres modelos examinados tenía un ajuste adecuado, tanto aplicados a los datos de la muestra en su totalidad, como cuando se analizaron por separado los datos de los pacientes con esquizofrenia. Concluyendo, el modelo pentagonal, propuesto por los autores de la escala, no se ha comprobado ser lo más adecuado para explicar los factores que mejor representan los ítems de la escala.

En otro estudio, Lee, Harris, Loughland y Williams (2003) realizando un análisis de componentes del PANSS con una muestra de pacientes crónicos, han propuesto la solución de 5 factores, los cuales eran diferentes de los propuestos por el modelo pentagonal. Específicamente eran: pobreza psicomotora (*Síntomas Negativos*), *Desorganización*, distorsión de realidad (*Síntomas Positivos*), *Hostilidad/Excitación* y depresión (*Síntomas de Depresión y Ansiedad*).

Esta solución coincidía con la propuesta por Wolthaus, Dingemans, Schene, Linszen, Knegterinf, Holthausen et al. (2000). Estos autores llevaron a cabo un estudio con pacientes que acababan de tener su primer episodio psicótico, sugiriendo que la solución de estos 5 factores es válida para los pacientes psicóticos, independientemente de la cronicidad de la enfermedad.

Estos 5 factores se confirmaron también por otro estudio (Salokangas, Honkonen, Stengård, Koivisto e Hietala, 2002) realizado con una muestra amplia de 1571 pacientes

esquizofrénicos, tres años después de su traslado a la comunidad.

En la solución de 5 factores, aunque diferentes, han llegado además otros autores (Lykouras, Oulis, Psarros, Daskalopoulou, Botsis, y Christodoulou, 2000; Lancon Auquier, Nayt y Reine, 2000) que han llevado a cabo análisis de componentes utilizando muestras de pacientes esquizofrénicos. Los factores propuestos por estos autores han sido los *Síntomas Negativos, Positivos, Depresión, Excitación y Empeoramiento Cognitivo*.

Del otro lado, Emsley, Rabinowitz y Torreman (2003) han apoyado la idea que los 5 factores no son suficientes para explicar la estructura del PANSS. En su estudio realizado con pacientes psicóticos después de su primer episodio, propusieron la existencia de dos factores adicionales, uno creado por la separación del factor Depresión/Ansiedad en dos, y el otro llamado Pobreza Psicomotora. Esta solución ha sido propuesta porque la existencia de estos 7 factores tenía mejor ajuste a sus datos, en comparación con la existencia de solo 5 factores.

También se ha propuesto la explicación de 6 factores, por un estudio de Van den Oord, Rujescu, Robles, Giegling, Virrey, Bukszár et al. (2006) que examinó la estructura factorial del PANSS en una muestra de pacientes con esquizofrenia, en su mayoría crónicos. Estos factores han sido casi iguales que los 5 propuestos por el modelo pentagonal, es decir, *Negativo, Positivo, Excitación/Activación, Ansiedad/Depresión/Disforia y Desorganización/Preocupación Autística*, además de un sexto factor añadido llamado *Ensimismamiento*.

En otro estudio con pacientes crónicos (Villalta-Gil, Vilaplana, Ochoa, Dolz, Usall et al., 2006) se propuso la solución de 4 factores que eran: *Negativo, Positivo, Afectivo y Excitación*.

Después de llevar a cabo análisis de componentes utilizando 3, 4 o 5 factores, los autores encontraron que el modelo de 4 obtuvo el mejor ajuste a sus datos, aunque la única diferencia con el modelo de 5 factores probado era que la dimensión de Afectivo se dividía en dos factores diferentes que eran la Depresión y la Ansiedad, con los demás factores permaneciendo tal y como eran. De ese modo, el único factor que se podría considerar como ausente comparando con otros estudios, es el factor de Desorganización. Los autores atribuyen esta ausencia a la cronicidad de la enfermedad de los pacientes, ya que con los años el pensamiento desorganizado podría estar afectando a todas las demás dimensiones, y de esa manera no tiene fuerza discriminativa suficiente para formar un factor separado.

Resumiendo los resultados de los estudios anteriores, parece que no existe un consenso sobre las dimensiones de los síntomas evaluados a través de la PANSS. La solución más consistente parece ser la de los 5 factores, aunque éstos difieren según el estudio. En términos generales se podría decir que hay cierta similitud en cuanto a las dimensiones de los *Síntomas Negativos, Síntomas Positivos, Excitación/Activación y Depresión/Ansiedad/Disforia*. Las demás dimensiones propuestas cada vez dependen de los resultados de cada estudio. Esto es posiblemente debido a la diferente metodología aplicada en los estudios, a la diversidad de las muestras utilizadas o al hecho de que varios ítems de la escala cargan a diferentes factores en cada estudio.

Como menciona Ventura et al. (2000), comparando los dos instrumentos más utilizados para medir la psicopatología, el BPRS parece tener una ventaja en comparación con el PANSS. Esta ventaja es que en el primer instrumento el factor de Manía

sale de manera consistente e incluye varios ítems representativos, como la hiperactividad motora, la distracción, la grandiosidad y el ánimo elevado. Mientras que en los análisis factoriales del PANSS, aunque aparece el factor de Excitación o Activación, los componentes incluidos en este factor no representan claramente la dimensión Maníaca. Sin embargo, si nos fijamos a los ítems del BPRS destinados a evaluar los síntomas Negativos, observamos que faltan algunos de los síntomas considerados fundamentales para esta dimensión, como son la anhedonía o la asocialidad. De ahí que aunque son numerosos los estudios sobre la mejor manera de definir las dimensiones psicopatológicas y describir las manifestaciones clínicas de la psicosis, todavía no se ha llegado a una solución satisfactoria sobre estos asuntos, hecho que tiene implicaciones serias a la hora de obtener una imagen fiable de la sintomatología de los pacientes psicóticos.

3.2 PSICOPATOLOGIA Y CALIDAD DE VIDA

Como se ha mencionado anteriormente, uno de los factores que ha surgido como más consistente en la hora de determinar la calidad de vida de los pacientes psicóticos, es la psicopatología. Los numerosos estudios sobre este tema han comprobado la relación negativa que mantienen los síntomas psicóticos con la calidad de vida, pero sus resultados sobre la fuerza de dicha relación han sido mixtos. Aparte de esto, y debido a la variación amplia en la definición del fenómeno y la manera de evaluarlo, ha sido más difícil aún concretar cuáles de las dimensiones psicopatológicas tienen un efecto en la calidad de vida y en cuáles de sus aspectos específicos.

Si tomamos en cuenta el efecto devastador que tienen los síntomas en todas las facetas de la vida de estos pacientes, se

hace indispensable establecer su relación precisa con la calidad de vida. Aclarar la naturaleza y la fuerza de esta relación, es importante tanto en términos de investigación, ya que añadiría conocimiento al fenómeno, sus métodos de evaluación y los factores que lo determinan, como en la hora de planificar las intervenciones terapéuticas más efectivas.

No obstante, hasta la actualidad las investigaciones no han conseguido llegar a un consenso sobre el tema. Las razones por ello se podrían atribuir a la utilización de diferentes conceptos de la calidad de vida (relacionada con la salud, objetiva, subjetiva), a los diferentes instrumentos para su evaluación y también a la metodología utilizada. Es decir, aunque los estudios que tratan del tema son numerosos, los que han utilizado un diseño longitudinal son bien pocos y aún menos son los que han estudiado el impacto de los síntomas en los diferentes aspectos de la calidad de vida y haciendo comparaciones con la población general o entre pacientes en diferentes estadios de su enfermedad.

A continuación se describen los hallazgos de los estudios, según los aspectos de la calidad de vida tratados en cada uno y las relaciones halladas con las varias dimensiones psicopatológicas, evaluadas en la mayoría de los estudios a través del PANSS o el BPRS.

3. 2. 1 PSICOPATOLOGÍA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

Los estudios realizados con el fin de describir las relaciones entre la calidad de vida relacionada con la salud y los síntomas psicóticos, han llegado a resultados confusos. Los instrumentos más utilizados en estos estudios han sido el WHO-Bref o el SF-36, que, como se ha descrito anteriormente, se han construido para evaluar este constructo. Algunos de los estudios

han mostrado la influencia de los síntomas negativos (Górna, Jaracz, Rybawoski y Rybawoski, 2008), de los síntomas positivos (Xiang et al., 2007) y de la ansiedad (Wetherell, Palmer, Thorp, Patterson, Golshan y Jeste, 2003). De manera más consistente se ha destacado el papel determinante de los síntomas de depresión (Xiang et al., 2007; Jarema y Konieczynska, 2001; Law, Chen, Cheung, Chan, Wong, Lam et al., 2005; Wegener, Redoblado-Hodge, Lucas, Fitzgerald, Harris y Brennan, 2005; Sim, Mahendran, Siris, Heckers y Chong, 2004; Norholm y Bech, 2006) y de la psicopatología general, en la cual se incluirían los síntomas de ansiedad y de depresión. (Heslegrave, Awad y Voruganti, 1997).

En el estudio de Xiang et al. (2007) con pacientes esquizofrénicos viviendo en la comunidad, se ha intentado averiguar la relación de los síntomas psicóticos con la calidad de vida relacionada con la salud. Para la evaluación de los síntomas los autores han utilizado 3 subescalas de la BPRS, que evaluaban los síntomas positivos, negativos y síntomas de ansiedad y tensión, y una escala que evaluaba la depresión. Los resultados de los análisis de regresión realizados han mostrado que los síntomas depresivos predecían todos los ámbitos de la calidad de vida relacionada con la salud de manera inversa. Los síntomas positivos predecían de manera inversa todos los ámbitos, aparte de la calidad de vida relacionada con el ámbito físico, mientras los síntomas de ansiedad se han encontrado predecir de manera inversa solo el ámbito psicológico de la calidad de vida, mientras los síntomas negativos no se han destacado como determinantes.

Por otro lado, en un estudio de Wetherell et al. (2003) se destacó el papel de la ansiedad, independientemente de los demás síntomas, en la predicción de la calidad de vida. Estos

autores han estudiado el impacto de los síntomas de ansiedad, medido a través de los ítems de ansiedad de la BPRS, en la calidad de vida relacionada con la salud, después de controlar por los síntomas depresivos, negativos y positivos, en una muestra de pacientes psicóticos crónicos. Sus resultados han demostrado que la ansiedad tenía un impacto negativo en la calidad de vida global y los ámbitos de vitalidad, funcionamiento social y limitaciones sociales por problemas físicos, independientemente del efecto de los síntomas positivos, negativos y depresivos.

Adicionalmente, una serie de estudios ha confirmado el impacto primordial de los síntomas de depresión. Por ejemplo Sim et al. (2004) en su estudio con pacientes psicóticos después de su primer episodio, han hecho una comparación entre los que tenían depresión comórbida y los que no tenían. Sus resultados han mostrado que los primeros tenían niveles de calidad de vida más bajos y que además los síntomas depresivos, según los análisis de regresión realizados, predecían una peor calidad de vida en todos los ámbitos. Este hallazgo se confirmó también en el estudio de Law et al. (2005) con pacientes con su primer episodio psicótico. En su intento de averiguar los factores clínicos que se relacionaban con la calidad de vida, los autores han encontrado que los únicos síntomas que se relacionaban con los varios ámbitos eran los síntomas depresivos.

En otro estudio con pacientes después de su primer episodio psicótico, Wegener et al. (2005) han llegado a resultados parecidos en cuanto al papel de los síntomas depresivos en determinar la calidad de vida, después de realizar una serie de análisis de regresión. Además, estos autores han encontrado que los síntomas negativos también determinaban la

calidad de vida, pero su impacto no era tan fuerte, comparándolo con lo de los síntomas depresivos. Del mismo modo, Norholm y Bech (2006) han confirmado el papel de los síntomas depresivos en una muestra de pacientes esquizofrénicos hospitalizados, comparándoles con un grupo de la población general. Sus resultados han mostrado que en ambos grupos, la presencia de los síntomas de depresión se relacionaba con una peor evaluación de la calidad de vida. Sin embargo, en este estudio no se ha controlado por la posible influencia de otro tipo de síntomas en la calidad de vida.

Examinando la influencia de todo tipo de síntomas, Orsel, Akdemir y Dag (2004) también han llegado a la misma conclusión. En este estudio se hizo una comparación entre pacientes con esquizofrenia y un grupo control de la población general, en cuanto a los predictores de calidad de vida relacionada con la salud. Aunque según sus resultados no hubo ninguna correlación entre la puntuación total de la sintomatología y la calidad de vida, sus análisis de regresión han mostrado que las dimensiones de depresión/ansiedad y de anhedonia funcionaban como predictores para 5 de los 6 ámbitos de la calidad de vida relacionada con la salud.

Aunque estos estudios parecen dar una imagen consistente en cuanto al papel de la depresión como determinante de empeoramiento de la calidad de vida relacionada con la salud, hay que tener en cuenta que se trata de estudios trasversales y sus hallazgos se deben interpretar con precaución.

Sin embargo, se han encontrado solamente dos estudios longitudinales que han tratado de la calidad de vida relacionada con la salud y su relación con los síntomas. En el primero de Jarema et al. (2001) realizado con pacientes esquizofrénicos

externos, se ha confirmado el impacto negativo de los síntomas depresivos y de la sintomatología global en la calidad de vida. Estos autores han tomado medidas de la calidad de vida relacionada con la salud en dos tiempos, antes y después de la aplicación de tratamiento con neurolépticos. Sus resultados han mostrado que los síntomas depresivos tenían una relación inversa con la calidad de vida en los dos tiempos, mientras que la mejora tanto en los síntomas depresivos como en la puntuación global de los síntomas estaba relacionada de manera positiva con la mejora de la calidad de vida global y en cada ámbito por separado.

En el segundo de Górna et al. (2008) se utilizó una muestra de pacientes que acababan de tener su primer episodio psicótico y se ha destacado el papel de los síntomas negativos. Estos autores han querido averiguar si los síntomas funcionaban como determinantes de la calidad de vida relacionada con la salud en tres tiempos, 1 mes después de la primera hospitalización, 1 año y 4-6 años después. Sus análisis de regresión en cada tiempo han revelado que en el tiempo 1 los determinantes más potentes de la calidad de vida en todos los ámbitos eran los síntomas de depresión, de ansiedad y los síntomas positivos. Mientras en los otros dos tiempos se destacó como el efecto más potente la contribución de los síntomas negativos, en cuanto a los ámbitos de físico, psicológico y relaciones sociales en el tiempo 2 y en los ámbitos de físico y psicológico en el tiempo 3. Además, la depresión y la ansiedad en el tiempo 3 se han encontrado como determinantes del ámbito relacionado con el ambiente social de los pacientes.

Este estudio aporta información importante en cuanto a los determinantes de la calidad de vida en los pacientes con su primer episodio psicótico. Y esto porque, en la misma línea que

los estudios anteriores, en el tiempo 1 la depresión parece ser un determinante potente de la calidad de vida. Sin embargo, con el paso del tiempo, la depresión pierde su potencia y da paso al papel de otros síntomas, que se destacan como determinantes más fuertes. En el único estudio longitudinal con pacientes más crónicos (Jarema et al., 2001) la mejora de la calidad de vida no se determina solamente por la mejora de la depresión, sino también por la mejora en la sintomatología global de los pacientes.

Resumiendo, los hallazgos de estos estudios parecen indicar de manera consistente que los síntomas incluidos en la dimensión de depresión funcionan como determinantes de la calidad de vida en los pacientes que acaban de tener su primer episodio psicótico. Del otro lado, hacen falta estudios con otro tipo de poblaciones y con naturaleza longitudinal, con el fin de comprobar el tipo de relación entre la sintomatología y la calidad de vida relacionada con la salud.

3. 2. 2 PSICOPATOLOGÍA Y CALIDAD DE VIDA OBJETIVA

No son muchos los estudios que han tenido como objetivo explorar la relación entre la sintomatología psicótica y la calidad de vida objetiva exclusivamente. La mayoría de ellos ha utilizado la escala QLS (Heinrichs et al., 1984) y parece que ha corroborado el papel como determinante de los síntomas negativos. En cuanto a los síntomas positivos, los resultados han sido mixtos, destacando algunos síntomas específicos. Del mismo modo, se observa la ausencia casi completa de la contribución de las demás dimensiones psicopatológicas. Además, no se ha llegado a un consenso sobre la fuerza de las relaciones establecidas entre las dimensiones que se han definido como determinantes y la calidad de vida objetiva.

Los estudios realizados con pacientes que acaban de tener su primer episodio psicótico, han llegado a resultados mixtos. Por ejemplo, Ho, Nopoulos, Flaum, Arndt y Andreasen (1998) han llevado a cabo un estudio longitudinal con una muestra de pacientes con su primer episodio, para averiguar si las dimensiones psicopatológicas de síntomas negativos, positivos y desorganización predecían la calidad de vida objetiva dos años después de este primer episodio. Los análisis de regresión han revelado que de las tres dimensiones, solamente los síntomas negativos predecían de manera negativa todos los ámbitos de la calidad de vida en los dos años, mientras las otras dos dimensiones no han salido como predictores significativos.

En resultados parecidos referente al papel de los síntomas negativos, han llegado Górna et al. (2008) en su estudio anteriormente mencionado, realizado con pacientes después de su primer episodio psicótico. Aparte de la calidad de vida relacionada con la salud, estos autores también han incluido medidas de indicadores objetivos de la calidad de vida. Según sus análisis, en el tiempo 1 y después de un mes del primer episodio se destacó el papel determinante de los síntomas negativos. En el tiempo 3, es decir 4-6 años después, se destacó tanto el papel de los síntomas negativos para los 6 de los 7 ámbitos de la calidad de vida objetiva como el papel de las dimensiones de depresión-ansiedad y cognitivo para explicar 2 de los ámbitos.

Aparte de esto, en estos dos estudios los indicadores objetivos evaluados no se podrían considerar muy fiables, ya que en el primero se utilizaron indicadores de la calidad de vida objetiva definidos por los mismos los autores y no se ha aplicado una escala específica y validada, y en el segundo los indicadores objetivos formaban parte de un instrumento creado

para la evaluación del funcionamiento social, y no de la calidad de vida. Por esa razón, hay que tener cierta precaución a la hora de interpretar sus resultados.

En otro estudio longitudinal de Addington et al. (2003) se ha corroborado el papel determinante de los síntomas negativos, pero también de los positivos, en pacientes que acaban de tener su primer episodio psicótico. Los autores han querido averiguar si la sintomatología psicótica después de este primer episodio predecía la calidad de vida objetiva un año después. Los análisis de regresión realizados han revelado que los determinantes más potentes de la calidad de vida después de un año eran los síntomas negativos, los síntomas positivos y el funcionamiento premórbido de estos pacientes en el tiempo 1 y después de 1 año, y cada uno de estos determinantes tenía una contribución independiente en la explicación de la varianza de la calidad de vida. Concretamente, el mejor predictor del empeoramiento de calidad de vida un año después era la presencia de los síntomas negativos.

La influencia de los síntomas negativos en la calidad de vida objetiva se indicó también por el estudio longitudinal de Galletly, Clark, McFarlane y Weber (1997) con pacientes esquizofrénicos. Concretamente, se han examinado las diferencias en la sintomatología y la calidad de vida antes y después de la aplicación de tratamiento con clozapina, con un intervalo de 6 meses aproximadamente. Según los resultados, la reducción de los síntomas negativos pero también de los síntomas de psicopatología general, es decir de depresión y ansiedad, funcionaban como los determinantes más potentes de la mejora en la calidad de vida objetiva después del tratamiento.

En resultados contrarios han llegado Browne, Clarke, Gervin, Waddington, Larkin, y O Callaghan, (2000). Estos autores han estudiado los determinantes potenciales de la calidad de vida objetiva en pacientes psicóticos justo después de su primer episodio y dos años después de esto. En el primer tiempo de la evaluación, las dimensiones de los síntomas negativos y de la psicopatología general estaban correlacionadas de manera inversa con la calidad de vida objetiva global. Sin embargo, realizando análisis de regresión para examinar los determinantes de la calidad de vida dos años después, los autores han llegado a la conclusión que lo que explicaba la mayor parte de la varianza de la calidad de vida no era ni la puntuación global de la sintomatología ni alguna dimensión psicopatológica específica, sino la combinación de la puntuación total de la sintomatología psicótica, junto con la duración de la psicosis no tratada en estos pacientes.

Del otro lado, los estudios realizados con pacientes en diferentes estadios de su enfermedad han apoyado el papel de los síntomas negativos y han obtenido resultados diversos en cuanto a los síntomas positivos.

Górecka y Czernikiewicz (2004) en su estudio trasversal con pacientes psicóticos han querido investigar la relación entre la calidad de vida objetiva y una serie de factores clínicos, entre ellos los síntomas psicóticos. Los resultados de sus análisis correlacionales han revelado una relación fuerte negativa entre la calidad de vida y los síntomas negativos y moderada con los síntomas positivos, mientras no se han encontrado correlaciones con otras dimensiones psicopatológicas.

Un estudio longitudinal de Bow-Tomas, Velligan, Miller y Olsen (1999) ha apoyado la contribución de ambos tipos de sintomatología. Estos autores han examinado la relación de los

síntomas positivos y negativos con la calidad de vida objetiva tomando medidas de la calidad de vida y los síntomas en una muestra de pacientes psicóticos en tres tiempos, en su ingreso en el hospital (fase aguda), en la fase de estabilización y 5-9 meses después. Los análisis correlacionales realizados han mostrado que tanto los síntomas negativos como los positivos se relacionaban de manera inversa con la calidad de vida objetiva en cada tiempo. Del mismo modo, los análisis de regresión realizados para averiguar si los síntomas predecían la calidad de vida, han revelado que la calidad de vida 5-9 meses después estaba determinada por los cambios tanto en los síntomas negativos, especialmente en la falta de motivación, como en los positivos.

Savilla, Kettler y Galletly (2008) en su estudio trasversal con pacientes esquizofrénicos externos también han señalado el papel determinante de ambos tipos de síntomas. Los análisis de regresión realizados han mostrado que la presencia de ambos tipos de síntomas predecía de manera inversa la calidad de vida. Sin embargo las relaciones halladas tenían fuerza moderada y los autores han propuesto la existencia potencial de otros factores.

En resultados contrarios han llegado Meltzer et al. (1990). Estos autores han realizado un estudio longitudinal con pacientes esquizofrénicos que parecían ser resistentes a la terapia farmacéutica. Para explorar la relación entre la calidad de vida objetiva y los síntomas psicóticos han tomado medidas al principio y seis meses después de la aplicación de terapia farmacéutica. Sus análisis han revelado que mientras en el tiempo 1, es decir, al principio de la terapia, los síntomas positivos y negativos tenían una relación inversa significativa

con la calidad de vida objetiva, esta relación perdía su significación 6 meses después.

Comparando diferentes poblaciones, Shtasel et al. (1992) han llevado a cabo un estudio transversal con pacientes en su primer episodio psicótico y pacientes más crónicos, para comprobar si existían diferencias en cuanto a su calidad de vida y cuáles eran sus determinantes. Sus resultados han mostrado que aunque los pacientes con su primer episodio psicótico tenían niveles más altos de la calidad de vida en comparación con pacientes más crónicos, los determinantes de la calidad de vida objetiva en ambos tipos de pacientes eran los mismos. Específicamente, como determinantes se destacaron la presencia de los síntomas negativos y, de los síntomas positivos, el trastorno de pensamiento.

De lo contrario, Rocca, Giugiaro, Montemagni, Rigazzi, Rocca y Bogetto (2009), con pacientes esquizofrénicos en diferentes estadios han obtenido resultados distintos, ilustrando que el efecto de las dimensiones psicopatológicas en la calidad de vida, varía según el estadio de la enfermedad. Estos autores a través de análisis de regresiones han hallado que para los pacientes que transcurren los primeros tres años de su enfermedad la dimensión que determina su calidad de vida objetiva resulta ser la depresión. En el transcurso de la enfermedad entre los 4 y 6 años, son los síntomas negativos los que pasan a tener un papel dominante a la hora de determinar la calidad de vida objetiva, efecto que se mantiene después de los 6 años de este transcurso, mientras que los síntomas positivos y de depresión pasan a tener un rol menor a la predicción de la calidad de vida.

La fuerza de la relación entre los síntomas negativos y la calidad de vida se ha comprobado también en el estudio

longitudinal de Mueser, Douglas, Bellack y Morrison (1991), que han examinado la relación entre los síntomas negativos y la calidad de vida objetiva en pacientes esquizofrénicos. Los autores han hecho una comparación entre pacientes con síntomas negativos persistentes después de 6 meses de la primera evaluación, y pacientes que han tenido mejoría a los síntomas negativos. Los análisis de regresión han revelado que los pacientes con síntomas negativos persistentes tenían peor pronóstico de calidad de vida, en comparación con los pacientes con menos síntomas negativos.

Concluyendo, parece que la calidad de vida objetiva se determina por los síntomas negativos y algunos de los síntomas positivos, como se ha mostrado en la mayoría de los estudios, pero la fuerza de estas relaciones no se puede considerar establecida. La ausencia de la influencia de otro tipo de síntomas, como de los de depresión, la ansiedad o la excitación, es el único hallazgo encontrado en casi todos los estudios. No obstante, queda por comprobar estos hallazgos comparándolos con los obtenidos por estudios que han utilizado otro tipo de escalas de evaluación de la calidad de vida objetiva.

3.2.3 PSICOPATOLOGÍA Y CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA

Partiendo de la idea de que la percepción del propio sujeto sobre sus experiencias vitales es lo que importa, varios estudios han enfocado su investigación en la calidad de vida subjetiva en exclusivo, y los diversos factores que la determinan, incluida la sintomatología.

Estos estudios han utilizado instrumentos que medían la propia percepción del sujeto, o se han enfocado a la parte subjetiva de instrumentos que medían la calidad de vida en su totalidad (QOLI, LQLP etc.) Algunos han encontrado poca o

ninguna relación entre estos dos factores, mientras la mayoría de los estudios que sí han hallado una relación ha destacado la dimensión de los síntomas depresivos como determinante de la calidad de vida. Para algunos estudios en esta dimensión se abarcan tanto los síntomas depresivos, como de ansiedad, mientras en otros se separa el efecto de estos síntomas en dos dimensiones. Aparte de esto, en algunos de los estudios se ha hallado la influencia de otro tipo de sintomatología.

Reine, Lancon, Di Tucci, Sapin y Auquier (2003) en su estudio trasversal, han querido comprobar la relación entre la depresión en la calidad de vida subjetiva, en una muestra de pacientes esquizofrénicos crónicos. Utilizando el PANSS y una escala específica de depresión, los autores han llevado a cabo análisis correlacionales para averiguar cuáles de estos factores se relacionaban con los varios ámbitos de la calidad de vida subjetiva. Estos análisis han revelado que las dimensiones de excitación y depresión del PANSS tenían una relación negativa con la calidad de vida subjetiva global, mientras la dimensión de depresión del PANSS y la puntuación en la escala de depresión estaban relacionadas negativamente con varios ámbitos de la calidad de vida. Específicamente, los pacientes que se consideraron depresivos según su puntuación en la escala de depresión tenían niveles más bajos que el resto de pacientes en los ámbitos de situación vital, actividades diarias, relaciones con la familia, finanzas, salud mental y física.

En resultados parecidos han llegado también Malla, Norman, McLean, MacDonald, McIntosh, Dean-Lashley et al. (2004) en su estudio con pacientes después de su primer episodio psicótico. Concretamente, se ha estudiado la influencia de varios factores en los diferentes ámbitos de la calidad de vida subjetiva. Sus análisis de regresión han mostrado el

impacto negativo de los síntomas depresivos en la percepción de la calidad de vida global, el bienestar psicológico y el afrontamiento de los síntomas de la enfermedad, además del impacto de los síntomas negativos en el ámbito de las relaciones sociales y las actividades diarias. Los autores destacan la importancia de investigar los varios ámbitos de la calidad de vida por separado, ya que según sus resultados los factores que influyen a cada uno son diferentes.

Por ejemplo, Salomé, Petitjean, Germain y Demant (2004) han hecho una comparación entre la calidad de vida en pacientes ambulatorios y pacientes que acudían diariamente a un hospital de día y han explorado la relación de los síntomas con los varios ámbitos de la calidad de vida. Sus resultados han mostrado que no existían diferencias entre estos grupos en cuanto a su percepción de la calidad de vida. Sin embargo, en los pacientes ambulatorios la puntuación total de los síntomas estaba correlacionada de manera negativa con la calidad de vida relacionada con la seguridad, las relaciones sociales y familiares y el bienestar global, y la dimensión de los síntomas positivos mostraba correlaciones negativas con las condiciones vitales, las relaciones sociales y familiares, la salud y la seguridad. Del otro lado, en los pacientes externos, la percepción de la calidad de vida en los ámbitos de las condiciones vitales y la seguridad estaba correlacionada negativamente con la dimensión de depresión/ansiedad. Así que en estos dos grupos de pacientes la calidad de vida en los varios ámbitos parece estar relacionada con diferentes factores psicopatológicos, aunque los análisis han sido correlacionales y no se pueden establecer relaciones causales entre las variables.

Jarbin y Hansson (2004) en un estudio de comparación entre pacientes con esquizofrenia y pacientes con otros

trastornos psicóticos han llegado a resultados semejantes en cuanto al papel de la depresión. Comparando pacientes esquizofrénicos con pacientes que sufrían de otro tipo de psicosis, los autores han encontrado que los pacientes con esquizofrenia tenían una percepción más baja de calidad de vida, y dicha percepción se relacionaba de manera negativa con la existencia de síntomas depresivos.

Este resultado se confirmó por el estudio de Hofer, Kemmler, Eder, Edlinger, Hummer y Fleischhacker (2004) en su estudio trasversal con pacientes esquizofrénicos. En este estudio se ha mostrado que de todas las dimensiones psicopatológicas, la que predecía la percepción de la calidad de vida de estos pacientes era la de depresión/ansiedad, mientras el resto de las dimensiones no parecía tener una influencia en la calidad de vida subjetiva.

En la misma línea, Dickerson, Ringel y Parente (1998) han llevado a cabo un estudio con pacientes esquizofrénicos que vivían en la comunidad y utilizaban los servicios psiquiátricos durante los dos años anteriores. Los autores tomaron medidas de variables demográficas y clínicas y del funcionamiento social y cognitivo para explorar los determinantes de la percepción de la calidad de vida global. Mientras una serie de estas variables mostraron estar correlacionadas con la percepción de la calidad de vida, solo la dimensión de depresión ha resultado como determinante junto con la frecuencia de utilización de servicios. Ninguna otra dimensión psicopatológica ni otra variable se ha destacado como predictora de la calidad de vida.

Un estudio longitudinal también ha confirmado que la depresión era la única dimensión que parecía predecir la calidad de vida subjetiva (Holloway y Carson; 1999). En este estudio con pacientes psicóticos, se ha encontrado que los cambios en la percepción global de la calidad de vida 18 meses después de

la primera evaluación se predecían por los cambios en los varios ámbitos de la calidad de vida subjetiva junto con los cambios en los síntomas de depresión. Estas variables ejercían su influencia en los cambios de la calidad de vida de manera independiente, mientras las demás dimensiones psicopatológicas no mostraron ninguna correlación con la calidad de vida subjetiva, tanto en la primera evaluación como 18 meses después.

Por otro lado, Lasalvia, Ruggeri y Santolini (2002) han apoyado la idea de que es la percepción de los síntomas la que determina la percepción de la calidad de vida, y no los síntomas evaluados por los clínicos. Estos autores han hecho una comparación entre pacientes psicóticos y pacientes con otro tipo de psicopatología, en cuanto a su calidad de vida subjetiva y la relación de ésta con la sintomatología evaluada por los clínicos y por los mismos los pacientes. Según sus resultados, los pacientes psicóticos mostraron una mejor percepción de la calidad de vida en comparación con el otro grupo. Una serie de análisis de regresión para ambos grupos ha mostrado que la puntuación global de los síntomas evaluados por los mismos los pacientes era el predictor más fuerte de la calidad de vida subjetiva global y de cada uno de sus ámbitos examinados. Concretamente, los síntomas que mejor predecían la calidad de vida eran los síntomas depresivos y la ideación paranoica evaluada por los mismos los pacientes. Del otro lado, solo la dimensión de la ansiedad/depresión del BPRS ha mostrado una influencia negativa en la percepción global de la calidad de vida, y esta influencia era pequeña.

Esta idea se ha apoyado de igual forma por el estudio de Carpiello et al. (1997) que tampoco han encontrado una relación entre los síntomas evaluados por los clínicos y la percepción de la calidad de vida pero sí una relación entre los síntomas depresivos evaluados por los mismos los pacientes y

dicha percepción. No obstante, en este estudio se ha utilizado una muestra pequeña, constituida por pacientes esquizofrénicos y depresivos, sin separar entre ellos.

La importancia de la dimensión psicopatológica denominada depresión se confirmó también por la revisión de una serie de estudios, llevada a cabo por Franz (2006). Este autor, haciendo una revisión de los estudios que han estudiado los determinantes potenciales de la calidad de vida subjetiva en pacientes esquizofrénicos que vivían en situaciones de vida desfavorecidas, ha comprobado que uno de los factores más cruciales de influencia eran los síntomas de depresión.

Del mismo modo, se demostró la influencia de los síntomas de la ansiedad. Braga, Mendlowicz, Marrocos y Figueira (2005) en su estudio trasversal con pacientes esquizofrénicos que vivían en la comunidad, han querido averiguar el papel potencial de la ansiedad en la percepción de la calidad de vida de estos pacientes. Haciendo una comparación entre los pacientes que presentaban ansiedad comórbida y los que no, los autores han llegado a la conclusión que los pacientes que además de su enfermedad mental sufrían ansiedad presentaban una menor percepción de la calidad de vida. No obstante, en este estudio se utilizó una escala para la evaluación de la calidad de vida que sería mejor caracterizada como una escala que medía la discapacidad provocada por la enfermedad y no la calidad de vida. Además, los autores no han controlado por la posible existencia de depresión, ligada ésta estrechamente a la ansiedad.

Un estudio longitudinal de Karow, Moritz, Lambert, Schoder y Krausz (2005) ha comprobado la influencia de la dimensión de la depresión y los síntomas de ansiedad, a la hora

de determinar la calidad de vida subjetiva. Estos autores han tomado medidas de sintomatología y de la calidad de vida subjetiva en una muestra de pacientes esquizofrénicos en su ingreso en el hospital, en la fase de estabilización y 6 meses después. Sus resultados han indicado que la dimensión de depresión era el único covariante inverso significativo de la percepción de la calidad de vida en casi todos los ámbitos, para los tres tiempos de evaluación. Además, dentro de esta dimensión los síntomas de ansiedad han resultado tener la relación más fuerte con dicha percepción.

Para explorar la posible contribución separada de las dimensiones de la depresión y de ansiedad, Huppert y Smith (2001) han llevado a cabo un estudio longitudinal con pacientes esquizofrénicos externos, realizando evaluaciones de la sintomatología y de la calidad de vida subjetiva cada 3 meses durante un año. Sus análisis han revelado que efectivamente los síntomas depresivos y de ansiedad predecían la calidad de vida subjetiva por separado, mientras que cuando se consideraban juntos, la depresión perdía su significado y la calidad de vida, tanto global como en los diferentes ámbitos, se predecía por los síntomas de ansiedad.

La importancia mayor de la depresión y la ansiedad se señaló también en el estudio de Hansson (2006). Este autor ha llevado a cabo una revisión selectiva de estudios de la calidad de vida en los pacientes psicóticos y ha destacado la influencia de los síntomas depresivos, de ansiedad y de los síntomas negativos y ha indicado el papel menor de los síntomas positivos. Aunque este estudio es de gran utilidad para resumir las conclusiones de los varios estudios, hay que interpretar sus afirmaciones con precaución. Y esto porque no se trata de una revisión sistemática, sino que el autor ha elegido algunos, y no

todos los estudios que trataban del tema para incluirlos en su revisión.

En otro estudio longitudinal de dos años desarrollado en 3 países europeos (Heider et al., 2007) también se confirmó este papel de los síntomas depresivos, pero al mismo tiempo se mostró la influencia de los síntomas positivos. Estos autores han estudiado los determinantes de la calidad de vida subjetiva en los varios ámbitos de la vida, incluyendo como potenciales determinantes la sintomatología psicótica, los indicadores objetivos de la calidad de vida y otras variables. Los análisis de regresión realizados han comprobado la influencia de los síntomas positivos en casi todos los ámbitos, excepto a las actividades diarias y el funcionamiento, la situación financiera y la salud, junto con la influencia de los síntomas depresivos en todos los ámbitos de la vida, con la excepción de la situación financiera. La percepción de la calidad de vida en los 8 ámbitos de la vida estudiados se determinaba por el indicador objetivo de la situación financiera, los síntomas positivos y los síntomas depresivos. Los resultados de este estudio son muy importantes, si consideramos que es un estudio con diseño longitudinal, ha incluido una muestra amplia de 1207 pacientes de 3 países diferentes y además ha estudiado la calidad de vida en cada ámbito por separado.

Concluyendo, es difícil obtener una imagen específica de los determinantes de la calidad de vida subjetiva. En general se ha destacado el papel de la dimensión de los síntomas afectivos. Sin embargo, la mayoría de los estudios han tenido un diseño transversal, lo cual no permite identificar la influencia exacta de este factor. Del otro lado, entre los estudios longitudinales existe una contradicción, otros confirmando los resultados de

los estudios trasversales, es decir la influencia de los síntomas afectivos y otros mostrando el papel más potente de otras variables para determinar la calidad de vida subjetiva.

3.2.4 PSICOPATOLOGÍA Y CALIDAD DE VIDA OBJETIVA Y SUBJETIVA

Considerando el fenómeno de la calidad de vida como multidimensional, en numerosos estudios se han intentado explorar tanto los determinantes de la calidad de vida objetiva, como de la subjetiva. Para cumplir este objetivo, los autores han utilizado instrumentos genéricos, es decir que incluían evaluadores de las dos dimensiones del constructo, o han administrado diferentes escalas que medían estas dimensiones por separado.

Packer et al. (1997) han examinado las posibles relaciones entre la sintomatología y la calidad de vida tanto objetiva como subjetiva, en una muestra de pacientes con esquizofrenia que vivían en la comunidad. Llevando a cabo análisis correlacionales, los autores han encontrado que la sintomatología global y la sintomatología negativa estaban correlacionadas de manera negativa tanto con la calidad de vida global, como con la calidad de vida subjetiva, mientras no se mostraba ninguna correlación con la calidad de vida objetiva. Del otro lado, la sintomatología positiva se encontraba correlacionada con la calidad de vida global pero no tenía ninguna correlación con la calidad de vida subjetiva ni la objetiva por separado. Además, la depresión estaba correlacionada con la calidad de vida subjetiva, mientras la ansiedad mostró correlaciones negativas solamente con el ámbito de la utilización de los servicios de la salud.

Del mismo modo, Fitzgerald, Williams, Corteling, Filia, Brewer, Adams et al. (2001) han estudiado las diferentes

correlaciones entre la calidad de vida subjetiva, objetiva y las dimensiones psicopatológicas de los síntomas negativos, positivos y de depresión. Según sus resultados, la calidad de vida subjetiva estaba correlacionada de manera negativa con la dimensión de la depresión, mientras la calidad de vida objetiva estaba correlacionada de manera negativa con los síntomas negativos. Sin embargo, en estos dos estudios se han llevado a cabo análisis correlacionales y no es posible formar una idea sobre la naturaleza exacta de las relaciones halladas.

Estos últimos resultados se apoyaron por una serie de estudios que han llevado a cabo análisis de regresión. Por ejemplo, Narváez, Twamley, McKibbin, Heaton y Patterson (2008) han hecho un estudio utilizando una muestra de pacientes esquizofrénicos y con trastorno esquizoafectivo. Los autores han querido explorar la influencia de varios factores, incluidos los síntomas, en la calidad de vida objetiva y subjetiva. Sus resultados han mostrado que la dimensión de la depresión y el funcionamiento cognitivo explicaban la mayor parte de la varianza de la calidad de vida subjetiva de manera independiente, mientras la dimensión de los síntomas negativos era el predictor más fuerte de la calidad de vida objetiva. Las demás variables no se han mostrado tener un efecto en la calidad de vida subjetiva u objetiva. Además, los autores han llevado a cabo un análisis adicional, separando el grupo en pacientes con esquizofrenia y pacientes con trastorno esquizoafectivo. Este análisis ha revelado que en ambos grupos la calidad de vida subjetiva y objetiva se encontraba determinada por los mismos factores.

En otro estudio de Kusel et al. (2007) con pacientes esquizofrénicos o con trastorno esquizoafectivo, hospitalizados y externos, se confirmaron estas relaciones. Los análisis de

regresión realizados para cada dimensión de calidad de vida por separado han revelado que la calidad de vida subjetiva estaba determinada principalmente por la puntuación en la escala de depresión y la calidad de vida objetiva estaba determinada por la dimensión de los síntomas negativos, mientras el resto de los síntomas no se han destacado como determinantes de la calidad de vida subjetiva u objetiva.

Tomotake, Kaneda, Iga, Kinouchi, Tayoshi, Motoki et al. (2006) también han llegado a conclusiones semejantes, en su intento de averiguar cuáles de las dimensiones psicopatológicas predicen cada una de las dimensiones de calidad de vida. Sus análisis de regresión han revelado que la calidad de vida subjetiva estaba determinada por la puntuación total de la escala que medía los síntomas depresivos, mientras la calidad de vida objetiva estaba determinada por la dimensión de los síntomas negativos.

Estos resultados se confirmaron de otros dos estudios de los mismos autores (Aki, Tomotake, Kaneda, Iga, Kinouchi, Shibuya-Tayoshi et al., 2008; Yamauchi, Aki, Tomotake, Iga, Numata, Motoki et al., 2008) en los cuales se han incluido otras variables como posibles determinantes de la calidad de vida, pero se ha mostrado que la sintomatología psicótica no perdía su papel significativo en predecir la calidad de vida.

Los mismos determinantes se indicaron también por el estudio de Bengtsson-Tops et al. (2005) que han intentado explorar si la calidad de vida subjetiva evaluada por los mismos los pacientes se determinaba por factores diferentes de los que determinaban la calidad de vida evaluada por los clínicos. Los autores han utilizado una muestra amplia de pacientes esquizofrénicos que vivían en la comunidad y han evaluado su calidad de vida subjetiva y objetiva, su sintomatología y otros

factores. Una serie de análisis de regresión ha revelado que el determinante más potente de la calidad de vida subjetiva era la dimensión de la sintomatología afectiva, es decir la depresión y la ansiedad. En cuanto a la calidad de vida evaluada por los clínicos, la mayor parte de la varianza se explicaba por los síntomas negativos y la puntuación total de las tres dimensiones psicopatológicas, es decir los síntomas positivos, negativos y afectivos.

Aunque en general existe un consenso sobre los factores que determinan la calidad de vida subjetiva, varios autores han propuesto la influencia de diferentes factores psicopatológicos para determinar la calidad de vida objetiva. Huppert, Weiss, Lim, Pratt y Smith (2001) han realizado un estudio con pacientes esquizofrénicos después de un episodio agudo. Los análisis de regresión realizados han revelado que tanto la depresión como la ansiedad, tomados estos dos tipos de síntomas por separado, funcionaban como predictores de la mayoría de los ámbitos de la calidad de vida subjetiva. Los síntomas negativos de anhedonía y asocialidad funcionaban como predictores de la calidad de vida global y la calidad de vida relacionada con el ámbito de las relaciones sociales, mientras los síntomas positivos no parecían tener ninguna función como determinantes de la calidad de vida subjetiva. En cuanto a la calidad de vida objetiva, solamente la depresión parecía tener un impacto en el ámbito relacionado con los contactos sociales, mientras los demás ámbitos no parecían estar determinados por ninguna dimensión psicopatológica.

En resultados semejantes han llegado también Fitzgerald, de Castella, Brewer, Folia, Collins, Davey et al. (2003b) en su estudio longitudinal de un año, con pacientes psicóticos. La intención de estos autores ha sido averiguar si los cambios en la sintomatología psicótica predecían la calidad de vida objetiva y

subjetiva. Para evaluar estos constructos los autores utilizaron algunos ítems que los incluyeron en la batería de los instrumentos utilizados, y no una escala específica. A través de análisis multivariantes para averiguar los determinantes de la calidad de vida, los autores han comprobado que la calidad de vida objetiva, especialmente los ámbitos de las relaciones interpersonales y de las tareas ocupacionales, se predecían por los síntomas negativos y la depresión, tanto en el tiempo 1 como un año después. La calidad de vida subjetiva se predecía solamente por la puntuación total de la depresión en los dos tiempos, mientras ninguna otra dimensión psicopatológica ha resultado como predictor. Del otro lado, los cambios en la sintomatología no parecían predecir los cambios en la calidad de vida objetiva y subjetiva un año después.

Utilizando las mismas medidas, Conley, Ascher-Svanum, Zhu, Faries y Kinon (2007) en un estudio longitudinal de tres años, han comprobado la influencia de depresión con una muestra extensiva de pacientes esquizofrénicos. Los análisis de medidas repetidas han mostrado que los pacientes que tenían depresión comórbida mostraban niveles más bajos de calidad de vida, tanto objetiva como subjetiva después de tres años. Del mismo modo, los cambios en los síntomas depresivos predecían los cambios en varios ámbitos de la calidad de vida objetiva y subjetiva a los tres años. Hay que señalar que los síntomas de depresión seguían teniendo un efecto a la calidad de vida después de controlar por la sintomatología psicótica global, aunque en este estudio no se exploró el efecto de las dimensiones psicopatológicas por separado. Aparte de esto, estos dos estudios no han evaluado la calidad de vida subjetiva a través de un instrumento específico, sino utilizando algunos ítems, hecho que hay que tener en cuenta a la hora de interpretar sus resultados.

El papel de la depresión se destacó también en el estudio de Bankole et al. (2007) con pacientes esquizofrénicos mayores de 55 años, que exploraron la aplicación del modelo jerárquico de Lehman (1983), para averiguar los factores que determinaban la calidad de vida global. Según el modelo, como se ha explicado antes, en la calidad de vida global se incluyen tanto la calidad de vida objetiva como la subjetiva. Los análisis de regresión realizados han revelado que la mayor parte de la varianza de la calidad de vida global se explicaba por los síntomas de depresión, mientras los demás factores incluidos explicaban partes menores de ésta.

Del mismo modo, Meijer et al. (2008) utilizando una muestra de pacientes esquizofrénicos, han examinado los predictores de la calidad de vida global. Tomando en cuenta una serie de factores, los autores realizaron análisis de medidas repetidas en la evaluación de base y 18 meses después. Estos análisis han mostrado que en ambos tiempos la calidad de vida global se predecía por los síntomas de depresión y de ansiedad y por la autoestima. Del otro lado, los autores han comprobado que la calidad de vida relacionada con la salud parecía funcionar como mediador entre estos factores y la calidad de vida objetiva y subjetiva.

Ruggeri et al. (2005a) en su estudio longitudinal de 6 años, han llegado a diferentes conclusiones en cuanto a los determinantes de la calidad de vida objetiva, después de haber explorado cada ámbito de calidad de vida por separado y sus posibles determinantes. Según los resultados publicados en los dos años del inicio del estudio (Ruggeri, Warner, Bisoffi y Fontecedro, 2001b), la calidad de vida subjetiva se predecía por los síntomas de depresión/ansiedad de manera transversal y los síntomas negativos parecían tener un efecto transversal a la calidad de vida objetiva, pero estos efectos se perdían después

de dos años. En cuanto a los resultados de los análisis después de 6 años, la mayor existencia de la sintomatología psicótica global se ha mostrado tener un efecto en la calidad de vida objetiva, en el ámbito relacionado con la familia. Ninguna otra dimensión psicopatológica no se ha destacado como determinante de la calidad de vida objetiva, para ninguno de sus ámbitos. Referente a la calidad de vida subjetiva, se ha destacado el papel como determinante de los síntomas de depresión y ansiedad, para todos los ámbitos estudiados.

Eack y Newhill (2007) han llevado a cabo un estudio de meta-análisis sistemático con el objetivo de examinar los resultados de los estudios que se trataban de la relación entre la calidad de vida y la sintomatología psicótica. Los autores han incluido en su análisis un total de 56 estudios encontrados en la bibliografía de 1996 a 2005, los cuales se trataban de la relación entre los síntomas positivos, negativos o psicopatología general (depresión y ansiedad) y la calidad de vida. Para esta última incluyeron estudios que se referían a la calidad de vida objetiva, subjetiva, relacionada con la salud y al bienestar general, en pacientes psicóticos en varios estadios de la enfermedad y que vivían en distintos tipos de dispositivos.

Los resultados de esta meta-análisis han mostrado que los síntomas positivos tenían una relación negativa moderada con la calidad de vida relacionada con la salud y una relación negativa, pero de efecto pequeño, con la calidad de vida subjetiva y el bienestar y ninguna relación con la calidad de vida objetiva. Los síntomas negativos mostraban una relación negativa moderada con la calidad de vida relacionada con la salud, una relación negativa pero de efecto pequeño con la calidad de vida subjetiva y el bienestar y una relación fuerte negativa con la calidad de vida objetiva. Del otro lado, la

psicopatología general mostraba una relación fuerte negativa con la calidad de vida relacionada con la salud y relaciones moderadas con la calidad de vida objetiva y subjetiva, mientras tenía una relación de poca fuerza con el bienestar.

Aparte de esto, los análisis han revelado que el efecto de los síntomas negativos y de la psicopatología general era menor en los estudios longitudinales, mostrando su disminución en el tiempo, mientras el efecto de los síntomas positivos parecía no cambiar con el tiempo. En cuanto al estadio de la enfermedad, los análisis han indicado que mientras el efecto de los síntomas negativos y de la psicopatología general no variaba, los síntomas positivos tenían un efecto mayor a los pacientes crónicos, en comparación con los pacientes después de su primer episodio psicótico. Comparando los pacientes en diferentes dispositivos, parecía que los síntomas positivos y negativos tienen un efecto mayor para los pacientes externos, mientras el efecto de la psicopatología general es igual para estos pacientes y los pacientes hospitalizados. Resumiendo, estos resultados muestran que la sintomatología psicótica tiene un efecto, aunque moderado, en la calidad de vida de los pacientes psicóticos y los síntomas con más efecto parecen ser los de la psicopatología general.

Aunque esta meta-análisis es muy útil para aportar un poco de luz a esta complicada relación, hay que tener en cuenta una serie de consideraciones. En primer lugar, los mismos los autores sugieren que la definición de la calidad de vida que han utilizado los estudios incluidos, su diseño y muestra puede que hayan funcionado como variables moderadoras de las relaciones establecidas entre los síntomas y la calidad de vida. Aparte de esto, los autores han incluido en su estudio el bienestar general, que como se ha mencionado antes no se podría considerar una

dimensión de la calidad de vida, sino más bien una parte del constructo.

Como se puede observar, la relación entre la psicopatología psicótica y la calidad de vida en todas sus dimensiones está bastante explorada pero apenas determinada, por la multitud de razones que se han expuesto con anterioridad. Los estudios que examinaron la calidad de vida subjetiva y objetiva utilizando una escala global han obtenido resultados distintos de los estudios que tenían como objetivo explorar los determinantes de la calidad de vida objetiva en exclusivo. Y esto porque, como se ha señalado antes, en estos últimos se destaca la influencia de los síntomas negativos, debido posiblemente a la aplicación de la escala QLS, la cual está estrechamente relacionada con este tipo de síntomas. Mientras que cuando se utiliza una escala que incluye tanto indicadores objetivos como subjetivos, no se destaca el papel de la sintomatología negativa solamente sino también de la dimensión de depresión, que parece tener un papel determinante (Huppert et al., 2001; Conley et al., 2007).

4. DETERMINANTES DE CALIDAD DE VIDA: PSICOPATOLOGÍA VS OTROS FACTORES

En su intento de determinar los factores que mejor explican el fenómeno de calidad de vida han sido bien pocos los autores que han incluido en su estudio tanto los síntomas psicóticos como otro tipo de factores y han llegado a resultados contradictorios. Otros han indicado la influencia mayor de otros factores (Caron et al., 2005b; Ritsner, 2003; Ritsner et al., 2003), mientras otros apoyan la influencia imprescindible de los síntomas de la enfermedad (Awad et al., 1997; Bechdolf et al., 2003; Hansson y Bjorkman, 2007; Heider et al., 2007; Ruggeri

et al., 2005). Por esa razón es necesario examinar estas relaciones con más detención.

Hansson (2006), ha llevado a cabo un estudio de revisión de varios estudios que tratan de los determinantes de la calidad de vida. Presentando los hallazgos más consistentes, indica que según la bibliografía, las variables sociodemográficas y los indicadores objetivos muestran una influencia mínima en la calidad de vida, hecho que se confirma también en la revisión realizada por Souza y Coutinho (2006). Además, las variables personales como la autoestima y la autoeficacia surgen como mediadores importantes de los cambios en la calidad de vida.

Aparte de esto, y en la misma línea que la revisión de Górna, Jaracz y Rybakowski (2005) el autor apoya la idea que las varias facetas del apoyo social, como la percepción de éste y la red social, aparecen como determinantes importantes del fenómeno. En cuanto a los síntomas de la enfermedad, los que se comprueban como factores con más influencia en la calidad de vida son los síntomas depresivos, aunque también existen varios estudios que se enfocan a los síntomas positivos y negativos y al papel de la ansiedad.

En resultados contrarios han llegado otros estudios, que no han hallado una influencia potente de las dimensiones psicopatológicas en la percepción de la calidad de vida. Por ejemplo, Priebe et al. (2000) en su estudio longitudinal con pacientes después de su primer episodio psicótico, han explorado el papel potencial de varios factores como determinantes de la calidad de vida subjetiva. Aunque los análisis correlacionales han mostrado que la reducción de los síntomas de depresión y de ansiedad estaba correlacionada con la mejora de la calidad de vida después de 9 meses, los análisis de regresión realizados no han revelado el papel como

determinante de estos síntomas y tampoco de otras dimensiones psicopatológicas. De hecho, mientras la psicopatología se redujo de manera significativa después de los 9 meses, los niveles de la calidad de vida subjetiva permanecieron casi iguales.

Otros autores han señalado la influencia más significativa de otros factores diferentes de la psicopatología. Hansson, Middelboe, Merinder, Bjarnason, Bengtsson-Tops, Nilsson et al. (1999) utilizando una muestra amplia de pacientes con esquizofrenia, han estudiado el impacto de una serie de factores, incluyendo la psicopatología, en la percepción de la calidad de vida. Realizando análisis de regresión múltiple, los autores han encontrado que la varianza de la calidad de vida subjetiva se explicaba por factores personales como la autoestima y la sensación de autonomía, mientras que ninguna dimensión psicopatológica ha resultado como determinante de la calidad de vida.

Kunikata et al. (2005) han propuesto que la depresión no determina la calidad de vida relacionada con la salud de manera directa, sino que a través de su efecto en la autoestima. Concretamente, estos autores realizaron un estudio trasversal con pacientes esquizofrénicos que vivían en la comunidad. A base de los resultados de sus análisis de regresión, los autores han construido un modelo etiológico, según lo cual la autoestima predecía la calidad de vida relacionada con la salud de manera directa. Los síntomas depresivos y la falta de cooperación, que es uno de los síntomas de la dimensión excitación maníaca, predecían la calidad de vida relacionada con la salud a través de su efecto en la autoestima. Es decir, estas dimensiones psicopatológicas no funcionaban como determinantes directos de la calidad de vida, sino que ejercían

su influencia a través de su efecto en la autoestima de los pacientes.

En la misma línea, Caron et al. (2005b) en su estudio longitudinal de medidas repetidas con 6 meses de intervalo, ha indicado también la importancia mayor de otros factores, antes que la sintomatología psicótica. En este estudio, llevado a cabo con pacientes psicóticos, se encontraron correlaciones negativas entre los síntomas positivos, depresivos y la calidad de vida subjetiva. Sin embargo, los análisis de regresión realizados para determinar los factores que influían en la percepción de la calidad de vida, han mostrado que ésta estaba determinada por el apoyo social y los eventos estresantes de la vida, mientras los síntomas no tenían ningún valor predictivo.

De modo parecido, dos estudios longitudinales indicaron el pequeño rol predictivo de la sintomatología. En el estudio de Ritsner (2003), la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia 16 meses después de su última hospitalización estaba determinada por la autoestima, el apoyo social y otros factores. De la sintomatología, solamente los síntomas positivos mostraban tener una influencia en la calidad de vida, y ésta era pequeña. En el otro estudio (Ritsner et al., 2003) de igual forma se destacó la influencia mayor de factores como la autoestima y la autoeficacia en pacientes con esquizofrenia y otro tipo de psicosis, 16 meses después de su última hospitalización. Aunque pequeña, los resultados mostraron también una influencia de los síntomas positivos en la percepción de la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia, y de los síntomas depresivos en la percepción de los pacientes con otro tipo de psicosis.

Una explicación para esta ausencia de la contribución de los síntomas en la calidad de vida subjetiva, se podría dar a

través de postulación de Ritsner et al. (2003). Estos autores proponen la idea de que puede que estos factores personales y sociales funcionen como mediadores o moderadores en la relación entre los síntomas y la calidad de vida subjetiva, y por esa razón explican una mayor parte de la varianza de la calidad de vida que la sintomatología. Una idea semejante se propuso también por Caron et al. (2005b) que han explicado la falta de contribución de los síntomas a través del efecto mayor del apoyo social y los estresores. Es decir, según los autores los síntomas no aparecen como factores dominantes en sus análisis, a causa de la existencia de otros factores más efectivos.

La postulación contraria se apoyó por el estudio de Bechdolf et al. (2003) con pacientes esquizofrénicos. Estos autores han incluido medidas de psicopatología, de variables personales y psicosociales y otras, con el objetivo de averiguar cuáles de estos factores explicaban mejor la calidad de vida subjetiva en los varios ámbitos de la vida. El análisis de regresión múltiple realizada ha mostrado que el afrontamiento negativo, los síntomas de depresión, el apoyo social percibido y la autoeficacia explicaban la mayor parte de la varianza de la calidad de vida subjetiva global. A continuación llevaron a cabo un análisis de ecuación lineal, lo cual se basó en la hipótesis que alta autoeficacia y percepción de apoyo social significaría mayor percepción de calidad de vida subjetiva, mientras más síntomas de depresión y más aplicación de afrontamiento negativo significarían menos percepción de calidad de vida subjetiva. Este análisis ha mostrado que la autoeficacia, el apoyo percibido y el afrontamiento negativo no tenían una relación directa con la calidad de vida, sino que ejercían su efecto a través de su influencia en los síntomas de depresión, que fue el único factor

que se ha mostrado tener un efecto directo en la calidad de vida subjetiva.

Del otro lado, en el estudio longitudinal de Bjorkman y Hansson (2002) se señaló tanto la importancia del apoyo social, como de la sintomatología psicótica. En este estudio se utilizó una muestra amplia de pacientes psicóticos crónicos y, según sus análisis de regresión, el aumento del apoyo social, especialmente de la red social, junto con la reducción de la psicopatología en su totalidad salieron como los predictores más potentes de la calidad de vida subjetiva 18 meses después de la primera evaluación.

Este hallazgo se confirmó también por otro estudio longitudinal de 6 años (Hansson y Bjorkman, 2007) en el cual se han explorado los posibles factores determinantes de la calidad de vida subjetiva después de 18 meses y 6 años de la primera evaluación. Los autores encontraron que en los tres tiempos de evaluación, de todas las variables estudiadas, las que estaban relacionadas con la calidad de vida subjetiva eran los síntomas psicóticos, la red social y las necesidades no cubiertas de los pacientes. En cuanto a los predictores de la calidad de vida después de 6 años, la mayor parte de la varianza se explicaba por la calidad de vida subjetiva a la evaluación de base, seguida por los cambios en la red social y la sintomatología.

Abarcando los resultados de todos los estudios anteriormente descritos que se tratan de esta relación, en cuanto a los síntomas psicóticos se observa la influencia de la dimensión de la depresión en la calidad de vida relacionada con la salud, la calidad de vida subjetiva y la calidad de vida cuando se considera de manera global. Los síntomas negativos parecen funcionar como determinantes de la calidad de vida objetiva, mientras que los síntomas positivos aparecen con menor

frecuencia a los estudios, teniendo un pequeño papel a la hora de determinar la calidad de vida relacionada con la salud.

Con respecto a los factores personales, parece que se sugiere la influencia de la autoestima, la autoeficacia y el afrontamiento negativo, mientras de los factores sociales, se señala la importancia del apoyo social y de los efectos estresantes.

A la falta de consistencia en los factores estudiados y en las dimensiones de la calidad de vida, se añade la escasa presencia de estudios longitudinales con un diseño metodológico eficaz.

Por esa razón, se hace necesario seguir investigando esta relación, aplicando diseños longitudinales en muestras representativas. Además, hay que separar entre los diferentes constructos que se refieren a la calidad de vida (objetiva, subjetiva y relacionada con la salud) y utilizar una división bien definida de los factores psicopatológicos, con el fin de determinar la naturaleza exacta de la relación de cada uno de estos factores con los constructos que engloba el fenómeno de la calidad de vida.

Aparte de esto, se hace imprescindible explorar la influencia de otros factores psicosociales y clínicos, como el apoyo social, la adherencia al tratamiento o la satisfacción con los servicios, ya que todavía no se ha establecido una relación bien definida con la calidad de vida y no se ha llegado a una conclusión sobre si este tipo de factores ejercen un mayor efecto a la calidad de vida, comparado con lo de los síntomas psicóticos.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

Los objetivos del presente estudio se centran en:

- ✓ explorar los predictores prospectivos de la calidad de vida objetiva y subjetiva, y
- ✓ averiguar si son las dimensiones psicopatológicas u otros factores que juegan un papel más potencial a la hora de determinar la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia.

HIPÓTESIS

HIPÓTESIS

Nuestras hipótesis son las siguientes:

1. La calidad de vida subjetiva y objetiva tres meses después del ingreso van a estar determinadas prospectivamente por la psicopatología en el momento de ingreso de los pacientes.

2. Aparte de la psicopatología inicial, otros factores demográficos, clínicos y psicosociales van a determinar la calidad de vida subjetiva y objetiva tres meses después del ingreso de los pacientes.

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

I. EL ESTUDIO EUNOMIA

CENTROS PARTICIPANTES



El presente estudio se llevó a cabo basándose a los datos recogidos en el marco del estudio internacional EUNOMIA (Evaluación Europea de la Coerción en Psiquiatría y Armonización de la Mejor Práctica Clínica; Kallert, Glockner, Onchev, Raboch, Karastergiou, Solomon et al., 2005), lo cual se realizó por la Comisión Europea de Evaluación, dentro de su 5º Marco de Programa de Investigación, entre los años 2003-2005. Se trata de un estudio epidemiológico y observacional en el cual participaron 13 centros de 11 países europeos y un país asociado.

Entre estos países había una gran variación en cuanto a la legislación ligada a la salud mental y a los niveles de los ingresos involuntarios en sus hospitales psiquiátricos. Aparte de esto, hasta el momento no había directrices europeas para la utilización común de buenas prácticas en cuanto a los aspectos clínicos y legales de la aplicación de las medidas de coerción. Esto se contrastaba con uno de los objetivos generales de la Unión Europea, que era estandarizar las oportunidades de acceso al tratamiento médico y las condiciones vitales de las personas residentes en sus países miembros. Por esa razón se ha creado el estudio EUNOMIA, teniendo como objetivo principal llevar a cabo un análisis de la variación entre los países participantes en cuanto a la aplicación de medidas terapéuticas coercitivas, de los factores que influyen dicha variación y de los resultados de esta aplicación.

1. Método

Centros que participaron y sus características

En el estudio participaron 13 centros de 11 países europeos y uno asociado, situados en: Dresden de Alemania, Sofia de Bulgaria, Tesalónica de Grecia, Tel Aviv de Israel, Napoli

de Italia, Vilnius de Lituania, Wroclaw de Polonia, Michalovce de la República Checa, Granada y Málaga de España, Orebro de Suecia y en el área Este de Londres de Reino Unido.

Entre estas áreas donde se encontraban los centros reclutados, se observaban grandes diferencias sociodemográficas y económicas. Específicamente, más de la mitad de las áreas elegidas tenían una población de aproximadamente 500.000 habitantes, mientras tres áreas tenían niveles de población mucho más bajos (Vilnius, Michalovce y Orebro) y dos áreas tenían niveles mucho más altos (Sofia y Napoli). Siete de las áreas incluyeron componentes rurales, y como consecuencia existía una gran variedad en cuanto a la densidad de la población, oscilando de 32 (Orebro) a 8845 (Este de Londres) habitantes por kilómetro cuadrado.

Aparte de esto, entre estas áreas existían grandes diferencias económicas, ya que las tasas de desempleo variaban bastante de un área a otra. Además, mientras en las áreas de la República Checa, Alemania y Suecia la población se caracterizaba por altos porcentajes de personas mayores, no sucedía lo mismo con las áreas de Israel, Italia y Reino Unido. Del mismo modo, había una diferencia en los niveles de tasa de suicidio, ya que en Italia, Grecia, República Checa y Reino Unido estas tasas eran mucho más bajas, mientras en Lituania mucho más altas, comparándolas con las demás áreas.

A lo que se refiere a la asistencia psiquiátrica, se observaban diferencias significativas en cuanto al personal y el funcionamiento de los centros y la media de plazas ofrecidas en hospitales psiquiátricos. Sin embargo, se podría decir que, entre los centros que participaron en el estudio de EUNOMIA, los niveles de especialización en cuanto a la asistencia esencial de

los pacientes con enfermedad mental eran similares. Esta asistencia incluía la evaluación de funcionamiento y del problema, la asistencia de salud general y las intervenciones psicofarmacológicas o de otro tipo. Todos los centros participantes han mostrado niveles de especialización más altos que el nivel medio. Del mismo modo, el nivel de especialización fue similar entre los centros referente a otras modalidades de asistencia como el desarrollo de actividades enfocadas a la obtención y el mantenimiento de relaciones, la coordinación de asistencia, el entrenamiento en habilidades sociales y de la vida diaria y las intervenciones psicológicas estructuradas,.

Para la evaluación de las características de los centros participantes se utilizaron una serie de medidas que eran:

a) Cuestionario Sociodemográfico Europeo (*European Socio-Demographic Schedule*; Beecham y Johnson, 2000), para evaluar las características sociodemográficas de cada área de reclutamiento

b) Cuestionario Europeo de Localización de los Servicios (*European Service Mapping Schedule, ESMS*, Versión 3; Jonson, Kuhlmann y EPCAT Group, 2000), para la descripción y clasificación estandarizada de los centros de salud mental establecidos en cada área

c) Un instrumento para la evaluación estandarizada de las características de estructura y organización de cada hospital (Salize, Bullenkamp, Alscher y Wolf, 2000)

d) Clasificación Internacional de Asistencia en Salud Mental (*International Classification of Mental Health Care, ICMHC*; de Jong, 2000), para la descripción de las intervenciones de la

asistencia de salud mental en las unidades de agudos de los hospitales.

En las tablas 1 y 2 se muestran las características de las áreas y los centros participantes en el estudio.

Tabla 1: Características de las áreas donde se encuentran los centros participantes del estudio EUNOMIA

CENTRO	Desden	Sofia	Praga	Thessaloniki	Tel Aviv	Napoli	Vilnius	Wroclaw	Michalovce	Granada	Málaga	Londres	Orebro
Habitantes en el área de reclutamiento	478.631	900.000	477.626	450.000	538.200	2.265.547	217.800	640.367	326.534	445.497	600.00	451.119	273.412
Tamaño del área (Km.)	328	1.311	99	7.000	284	13.595	163	293	4.312	6.300	3.600	58	8.546
Carácter	Urbano	Urbano y Rural	Urbano	Urbano y Rural	Urbano	Urbano y Rural	Urbano	Urbano	Urbano y Rural	Urbano y Rural	Urbano y Rural	Urbano	Urbano y Rural
Tasa de desempleo (%)	14,7	14,4	5,6	8,1	15,8	24,9	7,1	16,4	34,3	21,9	17,3	11,2	Bajo (a)
Población mayor de 65 años	17,4	15,4	19,7	11,3	9,4	8,1	11,5	14,9	10,7	15,5	14,0	8,0	18,2
Tasa de suicidio hombres/mujeres (c)	22,9/10,9	17,8/7,5	21,3/5,9	5,7/1,6 (b)	10,5/2,6(b)	2,3/0,7	43,3/9,0	12,6/3,5	7,9/0,6	11,4/4,1	12,6/2,8	8,3/1,7	22,9/13,7

a: Datos no disponibles pero porcentaje bajo

b: Datos nacionales, no limitados al área de reclutamiento

c: por 100.000 habitantes:

Tabla 2: Evaluación de las características de los centros participantes en EUNOMIA

CENTRO		Desden	Sofia	Praga	Thessaloniki	Tel Aviv	Napoli	Vilnius	Wroclaw	Michalovce	Granada	Málaga	Este de Londres	Orebro
ESMS-R2 facilidades	Num. de camas	305	125	268	68	136	106	86	196	100	30	30	161	89
	Personal por cama	1,0	0,7	0,7	0,7	0,5	2,0	0,8	0,7	0,4	1,3	1,2	0,9	2,0
ESMS-R6 facilidades	Num. de camas	0	70	180	53	0	0	0	184	60	15	20	45	0
	Personal por cama	-	0,8	0,4	0,6	-	-	-	0,2	0,3	2,2	1,4	1,1	-
Hospitales participantes en EUNOMIA		4	2	2	1	1	5	1	1	1	1	1	2	3
Unidades de agudos participantes en EUNOMIA		5	5	6	1	2	6	2	4	4	1	1	10	7
Unidades de agudos siempre cerradas		4	5	6	0	2	6	2	4	2	1	1	1	6
Camas de psiquiatría general en esas unidades		89	139	220	50	68	80	80	110	100	30	30	161	89
Media de camas por habitación		1,9	5,6	4,2	1,8	3,1	3,0	8,0	3,3	2,7	1,7	3,0	1,3	1,2
Horas de trabajo: médicos		5,3	2,6	5,5	11,2	5,9	20,5	4,1	3,4	2,2	14,0	6,7	5,6	2,8
Horas de trabajo: enfermer@s		26,9	9,4	18,0	32,0	23,5	52,1	7,7	15,5	8,4	15,2	12,0	22,3	18,1
Horas de trabajo: personal		38,1	19,9	26,5	46,4	32,9	77,2	22,0	31,7	11,4	51,3	44,7	38,5	59,8
ICMHC-01: establecer y mantener relaciones		1-2	1	1	2	2	1-2	1	1-2	1	1	1	2-3	1-3
ICMHC-02: evaluación funcional y del problema		2	2-3	2-3	2	3	2	2	2-3	1	2	2	3	3
ICMHC-03: coordinación de asistencia		1	1	2	1	2	2	1	0-1	2	1	1	1-2	1-3
ICMHC-04: asistencia de salud general		2-3	1-2	2	2	2	3	2	2	3	3	3	1-3	2-3
ICMHC-05: entrenamiento en actividades de la vida diaria		2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1-2	1-2
ICMHC-06: intervención psicofarmacológica y de otro tipo		2-3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2-3
ICMHC-07: intervenciones psicológicas		1-3	1-2	1-2	2	3	1-2	1	2-3	2	1	1	1-2	1-3
ICMHC-08: entrenamiento en habilidades sociales, interpersonales y habilidades básicas		1-2	1	1-2	1	3	1-2	1	2	2	1	1	1-3	0-1
ICMHC-09: intervenciones relacionadas a la vida diaria		2	1	1-3	1	1	1-3	1	1-2	2	1	2	2-3	0-2
ICMHC-10: intervenciones enfocadas a la familia y otros relevantes		1-2	1	1-2	2	2	1-2	1	1	1	1	1	0-2	0-3

ESMS: European Service Mapping Schedule; (Cuestionario Europeo de Localización de Servicios; ICMHC: International Classification of Mental Health Care (Clasificación Internacional de Asistencia en Salud Mental

2. Muestra

Durante los años 2003-2005 se evaluaron más de 3400 pacientes que ingresaron en alguna unidad de agudos de las zonas donde se encontraban los centros elegidos para el estudio y tenían diagnosticado algún trastorno mental grave (F-20 a F-29) según el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades; OMS, 1994). Los pacientes tenían edades comprendidas de 18 a 65 años, ambos incluidos. Quedaban excluidos los pacientes que sufrían de demencia, los que habían estado ingresados en una unidad de psiquiatría forense, tenían historial de consumo de drogas o sufrían de trastornos de alimentación. Aparte de esto, los pacientes tenían que estar en situación de poder dar su consentimiento voluntario para la participación en el estudio.

El estudio incluyó dos grupos de pacientes. El primer grupo consistía en 250 pacientes de cada centro participante, los cuales habían experimentado medidas de coerción durante su ingreso involuntario. El segundo grupo consistía en 375 pacientes de cada centro, elegidos de manera aleatoria, los cuales habían sido ingresados de manera voluntaria a los respectivos centros, pero que según su percepción subjetiva habían sufrido medidas de coerción durante su ingreso, según su puntuación en la Escala de Coerción Percibida de MacArthur (*Perceived Coercion Scale, MPCs*, MacArthur, 2001; extraída de la Investigación de la Experiencia de Admisión; *Admission Experience Survey*; Gardner, Hoge, Bennett, Roth, Lidz, Monahan, J. y Mulvey, 1993).

3. Proceso

El estudio EUNOMIA tuvo una duración de 36 meses y consistió en tres fases.

En la primera fase de preparación, que duró 9 meses, se estableció la comunicación entre los centros participantes y se consiguió la aprobación del estudio por las comisiones locales. Además, se eligieron los instrumentos para la recogida de los datos, se tradujeron al idioma correspondiente de cada país y se hizo la validación de estos instrumentos. Esta fase terminó con una fase piloto de tres meses, donde se hizo la administración de los instrumentos como parte de la práctica clínica diaria.

En la segunda fase, la cual duró 21 meses, se llevó a cabo el proceso de evaluación. Es decir, se realizó la recogida de datos de los dos grupos de pacientes (los ingresados voluntaria e involuntariamente). La evaluación de cada paciente se hizo en tres tiempos: en la primera semana de su ingreso (T1), 4 semanas después de éste (T2) y a los 2 meses después del ingreso (T3), independiente de su situación en ese momento (ingresado o no). Para la evaluación de los pacientes se utilizaron los archivos hospitalarios y una serie de medidas, otras aplicadas directamente a los pacientes y otras al personal.

En la tercera fase, la cual tuvo una duración de 6 meses, se llevaron a cabo los análisis estadísticos de los datos recogidos y se presentaron los resultados, con el fin de ser integrados en la práctica clínica y así conseguir la mejora de ésta.

4. Medidas de evaluación:

a) *Archivos hospitalarios y entrevista personal*: a través de ellos se recogió la información sobre:

-los datos sociodemográficos y clínicos del paciente

- las características, los resultados y el cumplimiento de su tratamiento
- su contacto con los servicios psiquiátricos, la policía y los servicios judiciales después del alta hospitalaria
- los detalles de las medidas de coerción utilizadas.

b) Escala de Coerción Percibida de MacArthur (*Perceived Coercion Scale, MPCS*; MacArthur, 2001). Esta escala está extraída de la Investigación de la Experiencia de Ingreso (*Admission Experience Survey*; Gardner et al., 1993), y está diseñada para medir la percepción subjetiva del paciente sobre las medidas de coerción aplicadas. Consta de 5 ítems, que se evalúan a través de una entrevista al paciente y tiene buenas propiedades psicométricas, mostrando fiabilidad interna y estabilidad test-retest (Nicholson, Ekenstam y Norwood, 1996; Gardner et al., 1993). Además se ha utilizado como una medida fiable de la percepción de la coerción en varios estudios comparativos, nacionales e internacionales (Poulsen, 1999; Høyer, Kjellin, Engberg, Kaltiala-Heino, Nilstun, Sigurjonsdottir et al., 2002; Iversen, Høyer, Sexton y Gronli, 2002).

c) Escala de Coerción Percibida de Cantril (*Cantril Ladder of Perceived Coercion*, versión adaptada de Cantril, 1965; en Høyer et al., 2002). Esta es una escala visual donde el paciente indica de uno a diez el punto al que percibe la coerción aplicada.

d) Escala Modificada de Agresión de Overt (*Modified Overt Aggression Scale, MOAS*; Kay, Wolkenfeld y Murrill, 1988). Esta escala es una versión modificada de la Escala de Agresión de Overt (*Overt Aggression Scale, OAS*; Yudofsky, Silver, Jackson et al., 1986), la cual se construyó para evaluar el tipo y la frecuencia de la agresión. Esta versión modificada consta en 4 subescalas que evalúan cada episodio de agresión. Estas son: Agresión Verbal, Agresión Física contra Propiedad, Autoagresión

y Agresión Física. En este estudio la evaluación de los pacientes se hizo por el personal del hospital, refiriéndose al acto de agresión más severo de los pacientes en un período de tiempo específico (normalmente la semana o el mes anterior). Esta escala modificada ha refinado la original, cambiando su escala nominal a una escala de 5 puntos de intervalo que representan el aumento de la severidad de la agresión. Además, dispone de definiciones de los tipos de agresión evaluados por las subescalas y un punto cero para definir la ausencia de agresión. La escala muestra buena fiabilidad interna y entre jueces (Kay et al., 1988).

e) *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS*; Overall y Gorham, 1962 -versión de 24 ítems en Lukoff et al., 1986) que es una escala para la evaluación de la sintomatología psicótica, analizada en el apartado anterior.

f) Escala de Evaluación Global de Funcionamiento (*Global Assessment of Functioning scale, GAF*; Goldman, Skodol y Lave, 1992) que se describe en el apartado de metodología del presente estudio.

g) Evaluación de la Satisfacción con el Tratamiento del Cliente (*Client's Assessment of Treatment, CAT*; Priebe, Gruyters, Heinze et al., 1995), que se utilizó en el presente estudio así que se describe más adelante.

h) Escala de Calidad de Vida de MANSA (*Manchester Short Assessment of Quality of Life, Priebe et al., 1999*) para la evaluación de la calidad de vida, tanto objetiva como subjetiva. Esta escala se ha descrito detalladamente en el apartado anterior, ya que mide el constructo principal de nuestro estudio.

En la tabla 3 se exponen los constructos evaluados, los instrumentos aplicados y el momento de la evaluación de cada constructo.

Tabla 3: Constructos evaluados en el estudio EUNOMIA, instrumentos y momento de evaluación

Constructo	Instrumento utilizado	Momento de evaluación		
		T1	T2	T3
Coerción percibida durante el ingreso en el hospital	Escala de Coerción Percibida de McArthur (MPCS)(entrevista al paciente)	X		
Coerción percibida y presiones durante el ingreso en el hospital	Escala de Coerción Percibida de Cantril (entrevista al paciente)	X		
Coerción percibida y presiones durante la estancia en el hospital	Escala de Coerción Percibida de Cantril (entrevista al paciente)		X	X
Evaluación del resultado (uso de servicios psiquiátricos o contacto con la policía después del alta) [solo si el paciente se ha dado de alta después del episodio en T1]	Entrevista al paciente y archivos hospitalarios			X
Características de la terapia	Archivos hospitalarios		continuamente	
Detalles de cada medida coercitiva aplicada en las primeras 4 semanas después del ingreso	Archivos hospitalarios		continuamente	
Características sociodemográficas y clínicas (fijos)	Entrevista al paciente y archivos hospitalarios	X		
Características sociodemográficas y clínicas (variables)	Entrevista al paciente y archivos hospitalarios	X	X	X
Cumplimiento de la terapia del paciente	Entrevista al paciente o evaluación del personal si el paciente se ha dado de alta	X	X	X
Coerción percibida por el personal (si el episodio inicial continúa)	Escala de Coerción Percibida de Cantril (versión para el personal)	X	X	X
Agresión del paciente (si está en el hospital en el momento de evaluación)	Escala de Agresión de Overt Modificada (MOAS) (evaluación por el personal)	X	X	X
Severidad de los síntomas	BPRS(versión de 24 ítems) (evaluación por el investigador)	X	X	X
Severidad de los síntomas y nivel de funcionamiento	Escala de Evaluación Global de Funcionamiento (GAF) (evaluación por el investigador)	X	X	X
Satisfacción del paciente con el tratamiento	Evaluación de la Satisfacción con el Tratamiento del Cliente (CAT)-7 ítems (entrevista al paciente)	X	X	X
Calidad de vida, autoevaluación	Evaluación de Calidad de Vida de Manchester (MANSA)	X	X	X

II. EL PRESENTE ESTUDIO

El presente análisis se centró en el estudio de los predictores prospectivos de la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia. Para ello, de los datos recogidos para el estudio EUNOMIA se han utilizado los de los pacientes con esquizofrenia al ingreso (T0) y tres meses después (T1). Los datos recogidos a las tres semanas del estudio no se han incluido en nuestro análisis, considerando este tiempo demasiado corto para explorar nuestras hipótesis.

1. Muestra

En el presente análisis se incluyeron aquellos pacientes que cumplían los criterios diagnósticos de esquizofrenia según el CIE-10 (F20) de la muestra inicial del estudio EUNOMIA (n=3400).

Los criterios específicos de inclusión en el presente trabajo fueron:

1. Tener un diagnóstico de esquizofrenia según el CIE-10 (F20)
2. Tener datos completos de la MANSA y la BPRS en el momento de su ingreso a los hospitales de los centros participantes (T0).

De ese modo, de los 553 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia (CIE-10; F20), la muestra del presente estudio consistió en 515 pacientes, 314 hombres y 201 mujeres, con edades comprendidas de 18 a 65 años. Todos los pacientes habían dado su consentimiento informado para su participación.

2. Variables estudiadas e instrumentos de evaluación

2.1. Variables independientes

2.1.1 Demográficas y psicosociales

Como se ha mencionado antes, las características psicosociales de la muestra se recogieron a través de las entrevistas clínicas y los archivos hospitalarios. Específicamente, en el presente estudio se utilizó la información sobre el sexo, la edad, la educación, el estado civil, la situación laboral, familiar y residencial, la frecuencia de contactos sociales y el cumplimiento con el tratamiento farmacéutico y psicoterapéutico.

Hay que destacar que las variables referidas a la frecuencia de contactos sociales, la situación de vivienda y el cumplimiento con el tratamiento farmacéutico y psicológico están codificadas de manera inversa, ya que mayor puntuación indica peor estado de los pacientes.

2.1.2 Satisfacción con el Tratamiento y Funcionamiento Global

Para medir la satisfacción percibida con el tratamiento de los pacientes se utilizó la escala de Evaluación de la Satisfacción con el Tratamiento del Cliente (Client's Assessment of Treatment, CAT; Priebe, Gruyters, Heinze et al., 1995). Este es un instrumento que mide la satisfacción del cliente con su terapia, a través de 4 preguntas abiertas y 7 preguntas tipo Likert. En este estudio se aplicaron solamente estas 7 preguntas que se referían a su tratamiento (evaluación general, psiquiatra, otro personal, medicación, otros componentes del tratamiento, respeto personal, ayuda percibida) en las cuales los pacientes tenían que responder en una escala que oscilaba de 0 (muy insatisfecho) a 10 (muy satisfecho). En este estudio se utilizó la puntuación total en la escala, oscilando de 0 a 70 puntos. Este instrumento se ha utilizado en una serie de estudios para evaluar la percepción de los pacientes de su tratamiento (Kallert, Priebe,

McCabe, Kiejna, Rymaszewska, Nawka et al., 2007; Priebe, Katsakou, Amos, Leese, Morriss, Rose et al., 2009) y tiene alta fiabilidad ($\alpha=0.90$).

ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO DEL CLIENTE (CAT)
1. ¿Cree que recibió Usted el tratamiento apropiado?
2. ¿El personal que llevaba su caso le entendía y se preocupaba de su tratamiento?
3. ¿Las relaciones con otros miembros de la plantilla de la sala, eran agradables o desagradables?
4. ¿Cree que recibió la medicación apropiada para Ud.?
5. ¿Cree que otros elementos del tratamiento de los que se ofrecen en la unidad eran apropiados para Ud. (por ej. terapia ocupacional)?
6. ¿Se sintió Ud. respetado y bien considerado en la sala?
7. ¿Le sirvió de ayuda el tratamiento?

Adaptación de Priebe et al. (1995)

Para medir el funcionamiento global se aplicó la Escala de Evaluación Global de Funcionamiento (*Global Assessment of Functioning scale, GAF*; Goldman, Skodol y Lave, 1992). Esta escala forma parte del eje V del DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual; American Psychiatric Association, 4th edition, 1994) y se utiliza por los clínicos con el fin de obtener una imagen sobre el funcionamiento social, ocupacional y psicológico de los pacientes. Con esa imagen complementan su información sobre la sintomatología y el diagnóstico y pueden tener un pronóstico sobre la evolución del tratamiento del paciente. Es una escala que mide el nivel general del funcionamiento del paciente en un continuo supuesto de 1 a 100 puntos, lo cual se divide en 10 rangos de 10 puntos, pero se obtiene una única puntuación representante del nivel del funcionamiento global del paciente. El instrumento ha mostrado fiabilidad satisfactoria

(Soderberg, Tungstrom y Armelius, 2005) y buena validez concurrente (Startup, Jackson y Bendix, 2002).

ESCALA DE EVALUACIÓN DE L FUNCIONAMIENTO GLOBAL (GAF)	
100... ...91	Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado/a por los problemas de la vida, es valorado/a por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
90... ...81	Síntomas ausentes o mínimos (por ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado/a e implicado/a en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho/a de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (por ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
80... ...71	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (por ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); solo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (por ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
70... ...61	Algunos síntomas leves (por ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (por ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60... ...51	Síntomas moderados (por ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (por ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o escuela).
50... ...41	Síntomas graves (por ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (por ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
40... ...31	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (por ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (por ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
30... ...21	La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (por ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (por ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
20... ...11	Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (por ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (por ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (por ej., muy incoherente o mudo).
10... ...1	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (por ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
0	Información inadecuada

2. 1.2 Psicopatología

Para la evaluación psicopatológica de la muestra se utilizó la escala BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*; Overall y Gorham, 1962 -versión de 24 ítems en Lukoff et al., 1986) que se ha descrito antes detalladamente. Las 4 dimensiones psicopatológicas que se utilizaron en el presente estudio fueron: *Síntomas Positivos*, *Síntomas Negativos*, *Depresión/Ansiedad* y *Excitación Maniaca* (Kopelowicz et al., 2008; Ruggeri et al., 2005; Velligan et al., 2005; Ventura et al., 2000). A continuación se expone la escala.

Brief Psychiatric Rating Scale (Versión de 24 ítems)

Síntomas Negativos	14. Desorientación 16. Afecto apagado 17. Retraimiento emocional/Ensimismamiento 18. Enlentecimiento motor
Síntomas Positivos	8. Grandiosidad 9. Susplicacia 10. Alucinaciones 11. Contenido extraño de pensamiento 15. Desorganización conceptual
Ansiedad/Depresión	1. Preocupación somática 2. Ansiedad 3. Depresión 4. Ideas de suicidio 5. Culpabilidad 19. Tensión
Excitación Maniaca/Desorganización	6. Hostilidad 7. Ánimo elevado 12. Comportamiento extraño 13. Dejader personal 20. Falta de cooperación 21. Excitación 22. Distracción 23. Hiperactividad motora 24. Manierismos, posturas extrañas

(Ruggeri et al., 2005; texto adaptado en español)

2.2. Variable dependiente: Calidad de Vida

Para la evaluación de la calidad de vida, que ha sido la variable dependiente de nuestro análisis, se utilizó la escala MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life; Priebe et al., 1999) la cual evalúa la calidad de vida subjetiva y objetiva.

Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA)

Apartado 1

Fecha de Nacimiento:... Sexo:... Nacionalidad:... Diagnóstico:...

Apartado 2:

1. Edad en que dejó los estudios
2. Situación de empleo (Si tiene empleo pregunte 3 y 4, si no pase a la pregunta 5)
3. ¿Cuál es su empleo?
4. ¿Cuántas horas trabaja a la semana?
5. ¿Cuánto es su ingreso bruto al mes?
6. ¿Qué ayudas estatales recibe, si es que recibe alguna?
7. ¿Cuántos hijos tiene, si es que tiene?
8. ¿Con quien vive, si es que vive con alguien?
9. ¿Dónde vive en la actualidad?

Apartado 3:

CDVS: 10. ¿Cuánto de satisfecho está usted hoy con su vida como un conjunto?*

CDVS: 11. ¿Cuánto de satisfecho está usted con su empleo (o su empleo protegido, o sus estudios/prácticas como ocupación principal)? O si está desempleado o pensionista, ¿cuánto de satisfecho está por serlo?*

CDVS: 12. ¿Cuánto de satisfecho está usted con su situación financiera?*

CDVO: 13. ¿Hay alguien que usted considera como "amigo cercano"? Si/No

CDVO: 14. En esta última semana usted ha visto a algún amigo (ha visitado a algún amigo, le ha visitado algún amigo, ha visto a algún amigo fuera de la casa o el trabajo)? Si/No

CDVS: 15. ¿Cuánto de satisfecho está usted con el número y la calidad de sus amistades?*

CDVS: 16. ¿Cuánto de satisfecho está usted con sus actividades de ocio?*

CDVS: 17. ¿Cuánto de satisfecho está usted con su situación residencial?*

CDVO: 18. ¿Ha sido usted acusado por un crimen en el último año? Si/No

CDVO: 19. ¿Ha sido usted víctima de violencia física en el último año? Si/No

CDVS: 20. ¿Cuánto de satisfecho está usted con seguridad personal?*

CDVS: 21. ¿Cuánto de satisfecho está usted con las personas con las que convive? O, si vive solo, ¿cuánto de satisfecho está usted con el hecho de vivir solo?*

CDVS: 22. ¿Cuánto de satisfecho está usted con su vida sexual?*

CDVS: 23. ¿Cuánto de satisfecho está usted con su relación con su familia?*

CDVS: 24. ¿Cuánto de satisfecho está usted con su salud?*

CDVS: 25. ¿Cuánto de satisfecho está usted con su salud mental?*

*Utilice la siguiente escala de satisfacción

1.	2	3	4	5	6	7
no podría ser peor	nada satisfecho	poco satisfecho	mixto	en general satisfecho	satisfecho	no podría ser mejor

CDVS: Calidad de Vida Subjetiva; **CDVO:** Calidad de Vida Objetiva (Priebe et al. 1999; texto adaptado en español)

En nuestro estudio se utilizó solamente el apartado 3 de la escala, ya que la información incluida en los apartados 1 y 2 estaba ya recogida a través de los archivos hospitalarios y la entrevista clínica con los pacientes.

Además, la pregunta 11 se dividió en a dos ítems distintos que eran: a) ¿Cuánto de satisfecho está usted con su trabajo? y b) ¿Cuánto de satisfecho está usted con el hecho de estar desempleado o pensionista? y la pregunta 21 se dividió en dos ítems que eran: a) ¿Cuánto de satisfecho está usted con las personas con las que convive? y b) ¿Cuánto de satisfecho está usted con el hecho de vivir solo. Esta separación se hizo para averiguar la satisfacción de los pacientes según su situación específica.

Para satisfacer nuestros objetivos, se utilizaron:

- **el índice general de la calidad de vida subjetiva**, siendo esto la media de los 12 ítems subjetivos de la escala y
- **el índice general de la calidad de vida objetiva**, siendo esto la suma de los 4 ítems objetivos de la escala.

3. Análisis Estadísticos

Para llevar a cabo nuestro análisis se utilizaron las evaluaciones de los pacientes en el momento de ingreso (T0) y tres meses después (T1). Se tomaron en cuenta las puntuaciones en la MANSA (objetiva y subjetiva) en ambos momentos (T0 y T1) y las puntuaciones en la BPRS, la GAF, la CAT y las variables sociodemográficas y clínicas de la evaluación inicial (T0). Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el programa SPSS 15 para Windows e incluyeron tres tipos de análisis:

1. Análisis descriptivos

2. Una serie de análisis univariantes, que incluía análisis correlacional de Spearman, prueba T para muestras independientes y ANOVA de un factor,

3. Una serie de regresiones multivariantes, que incluía un análisis trasversal y otro longitudinal para cada una de las dos variables de resultado (calidad de vida objetiva y subjetiva en T0 y T1).

3.1. Análisis descriptivos

El análisis descriptivo se realizó para observar las características demográficas, psicosociales y clínicas de la muestra, además de los niveles de los pacientes de la calidad de vida objetiva y subjetiva según la MANSA y de psicopatología según la BPRS.

3.2. Análisis Univariantes

3.2.1 Prueba T para muestras independientes

El análisis de T para muestras independientes se utilizó para averiguar si había diferencias significativas en la calidad de vida objetiva y subjetiva en T0 y T1 de los pacientes según su

sexo. En este análisis se usó el test de Levene para discriminar si se podía o no asumir la igualdad de varianzas entre los grupos.

3.2.2 ANOVA de un factor

Los análisis ANOVA se llevaron a cabo para explorar las diferencias de los participantes en la calidad de vida objetiva y subjetiva en T0 y T1 según su situación de vivienda, su situación laboral, su estado civil, su situación residencial, la frecuencia de contactos sociales, y la adherencia al tratamiento farmacéutico y psicológico.

3.2.3 Análisis de correlaciones no paramétricas de Spearman

Las correlaciones no paramétricas de Spearman se llevaron a cabo para averiguar las posibles relaciones entre la edad al ingreso, educación (edad en la que la persona dejó los estudios), la edad de la primera hospitalización, el número de ingresos anteriores, el funcionamiento global según las puntuaciones en el GAF, la satisfacción con el tratamiento según el CAT, las dimensiones psicopatológicas y la psicopatología global según el BPRS en T0 por un lado y por otro la calidad de vida objetiva y subjetiva según el MANSA en T0 y T1.

3.3. Análisis de regresión

Con el fin de averiguar los factores asociados a la calidad de vida subjetiva y objetiva de manera transversal y sus predictores longitudinales, hemos utilizado una serie de análisis de regresiones. Después de haber averiguado la contribución independiente de las variables estudiadas en la calidad de vida subjetiva y objetiva en los dos tiempos a través de análisis univariantes, se realizaron análisis de regresiones multivariantes que incluían los factores psicopatológicos y los demás factores

que resultaban tener una relación significativa con las variables de resultado.

El objetivo era construir modelos parsimoniales que a su vez serían efectivos, utilizando el menor número de factores que explicarían la mayor parte de la varianza de la calidad de vida subjetiva y objetiva en los dos tiempos.

3.3.1 Trasversal

Los dos primeros análisis han sido trasversales, con el objetivo de averiguar si una serie de factores en el momento del ingreso (T0) funcionaban como determinantes de la calidad de vida subjetiva y objetiva en T0. Específicamente, se incluyeron en los análisis de regresión multivariante los factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales, junto con cada una de las dimensiones psicopatológicas y la puntuación total de la psicopatología según el BPRS, medido todo eso en T0, y como variable dependiente la calidad de vida subjetiva y la calidad de vida objetiva en cada uno de los análisis, según la puntuación de los pacientes en la escala MANSA en T0. A continuación se construyeron modelos para la calidad de vida subjetiva y para la objetiva, que incluían solamente los factores que resultaron predecir las variables de resultado de manera significativa en T0.

3.3.2 Longitudinal

La segunda serie de análisis de regresiones multivariantes se llevó a cabo con el fin de averiguar los predictores longitudinales, psicopatológicos y otros, de la calidad de vida subjetiva y objetiva tres meses después del ingreso (T1). Para ello, se incluyeron en los análisis los factores sociodemográficos, clínicos, psicosociales y la calidad de vida inicial (T0), junto con cada una de las dimensiones psicopatológicas y la puntuación total del BPRS, todo ello medido en el momento del ingreso (T0).

En esta ocasión, la variable resultado en la primera serie de análisis ha sido la calidad de vida subjetiva y en la segunda la calidad de vida objetiva, según las puntuaciones en la escala MANSA en T1. Según estos análisis se construyeron modelos que incluían los factores evaluados en T0 que predecían de manera significativa la calidad de vida subjetiva y objetiva de manera longitudinal (T1).

RESULTADOS

RESULTADOS

1. Características de la muestra

1.1 Sociodemográficas

En nuestro análisis se incluyeron datos de 515 pacientes diagnosticados con esquizofrenia según el ICD-10. La muestra consistió en 314 hombres (61%) y 201 mujeres (39%), con una media de edad de 37,7 años (DT: 11,7; n=513). En cuanto a su educación, la media de edad en la que dejaron los estudios fue de 19,3 años (DT: 3,8; n=403). Refiriéndose a la situación laboral de los pacientes, el 48% de ellos recibían una pensión, el 35% de ellos estaban desempleados, el 3,5% tenían un empleo de media jornada, el 7% de ellos tenían un empleo de jornada completa, el 3,9% estaban estudiando, el 0,8% eran amas de casa y el 7% tenían otro tipo de situación sin especificar (n=512). La mayoría de ellos eran solteros (68,9%), el 16,5% estaban casados, el 12,2% eran divorciados y el 1,7 de ellos eran viudos (n=512). En cuanto a la situación de vivienda, 29,9% de los pacientes vivían en su propio piso, el 28,7% vivía en un piso alquilado, el 33,4% en el piso de algún familiar, pareja o amigo, el 3,7% en algún dispositivo de protección pública, el 2,1% eran personas sin hogar y el 8% de ellos estaban en otro tipo de vivienda (n=512). El 77,1% vivía sin pareja, el 7% vivían con sus hijos sin pareja, el 16,5% vivían con su pareja y/sin sus hijos, el 4,9% tenían pareja pero no vivían con ella ni con sus hijos (n=507) Los datos sociodemográficos de la muestra se pueden ver en la Tabla 1.

1. Características sociodemográficas de la muestra

Características Sociodemográficas		Media (DT)	Porcentaje (n)
Sexo	Hombre		61% (314)
	Mujer		39% (201)
Edad (n=513)		37,7 (11,7)	
Edad que dejó los estudios (n=403)		19,3 (3,8)	
Estado Civil (n=512)	Soltero-a		68,9% (355)
	Casado-a		16,5% (85)
	Divorciado-a		12,2% (63)
	Viudo-a		1,7% (9)
Situación de Vivienda (n=512)	Propio Piso		29,9% (154)
	Piso Alquilado		28,7% (148)
	Piso de familia, pareja o amigos		33,4% (172)
	Institución Pública		3,7% (19)
	Sin Hogar		2,1% (11)
	Otro tipo de vivienda		1,6% (8)
Situación Residencial (n=507)	Vive sin pareja		77,1% (361)
	Vive con sus hijos		7% (36)
	Vive con pareja y/sin hijos		16,5% (85)
	Tiene pareja pero no vive con ella ni sus hijos		4,9% (25)
Situación Laboral (n=512)	Pensionista		48% (247)
	Desempleado		35% (180)
	Empleo media jornada		3,5% (18)
	Empleo jornada completa		7% (36)
	Estudiante		3,9% (20)
	Ama de casa		0,8% (4)
	Otro sin especificar		1,4% (7)

1.2 Clínicas

1.2.1 Diagnóstico

Según su diagnóstico (ICD-10), todos los pacientes sufrían de esquizofrenia (n=515). En cuanto al tipo de esquizofrenia (F20-F20.9), la mayoría de ellos (86,4%) tenían diagnosticada esquizofrenia paranoide (F20.0), 1,2% de ellos esquizofrenia hebefrénica (F20.1), 0,8% de ellos esquizofrenia catatonica (F20.2), 1,6% esquizofrenia indiferenciada (F20.3), 6,4% esquizofrenia residual (F20.5), 0,8% esquizofrenia simple (F20.6), 0,6% otras esquizofrenias (F20.8) y 2,3% esquizofrenia sin especificación (F20.9). (Tabla 2.1)

2.1 Distribución de los pacientes en los diferentes subtipos de esquizofrenia según el ICD-10 (F20-F20.9) (n=515)

TIPO DE ESQUIZOFRENIA (F20)	Porcentaje (n)
F20.0 Paranoide	86,4% (445)
F20.1 Hebefrénica	1,2% (6)
F20.2 Catatonica	0,8% (4)
F20.3 Indiferenciada	1,6% (8)
F20.5 Residual	6,4% (33)
F20.6 Simple	0,8% (4)
F20.8 Otras Esquizofrenias	0,6% (3)
F20.9 Sin especificar	2,3% (12)

1.2.2 Otras características clínicas

Para el 43,9% de los pacientes el primer ingreso hospitalario ha coincidido con el primer momento de evaluación (T0). El 21,7% estaba experimentando su segundo ingreso en T0, mientras el resto de los pacientes (34,4%) ha tenido más de dos ingresos anteriores de del T0 (n=337).

En cuanto a la adherencia al tratamiento durante la semana anterior de la evaluación en T0, la imagen que presentaba la muestra era la siguiente: para el tratamiento farmacológico, 80,6% de los pacientes tomaba su medicación con regularidad, el 9,5% tomaba más de la mitad de la dosis prescrita mientras el 4,7% tomaba menos de la mitad de la dosis y el 2,7% no tomaba ningún tipo de mediación (n=502). Para el tratamiento psicológico 25,6% de los pacientes acudían a las sesiones con regularidad, 4,9% de ellos acudían a más de la mitad de las sesiones programadas, 4,7% acudían a menos de la mitad mientras el 61,6% no recibían ningún tipo de tratamiento psicológico (n=399).

1.2.3. Satisfacción percibida con el tratamiento

La media de satisfacción con el tratamiento percibida por los pacientes según su puntuación en el CAT en el momento de ingreso (T0) fue de 34,93 (DT=19,18; n=496) mientras tres meses después (T1) esta media se aumentó, siendo de 45,75 (DT=17,31; n=363).

Las características clínicas de la muestra se observan en la Tabla 2.2

2.2. Otras características Clínicas

Características Clínicas		Media (DT)	Porcentaje (n)
Numero de hospitalizaciones (n=337)	1er ingreso		43,9% (148)
	2ndo ingreso		21,7% (73)
	Más de 2 ingresos		34,4%(116)
Adherencia al tratamiento			
-Farmacéutico (Medicación) (n=402)	Toma con regularidad		80,6% (415)
	Toma más de 50% de la dosis prescrita		9,5% (49)
	Toma menos de 50% de la dosis prescrita		4,7% (24)
	No toma ningún medicamento		2,7% (14)
-Psicológico (n=399)	Asiste con regularidad		25,6% (132)
	Asiste a más de 50% de las sesiones		4,9% (25)
	Asiste a menos de 50% de las sesiones		4,7% (24)
	No recibe ningún tratamiento		61,6% (317)
Satisfacción percibida con el tratamiento (CAT)	T0 (n=496)	34,9 (19,18)	
	T1 (n=363)	45,7 (17,31)	

CAT=Client's assessment of Treatment;

1.3 Psicosociales

1.3.1 Contactos sociales

En cuanto a la frecuencia de contactos sociales, el 34,1% se veía con amigos al menos una vez a la semana, el 11,5 % se veía con sus amigos dos o tres veces al mes, el 12,1% se veía con sus amigos una vez al mes, el 16% se veía con sus amigos solo en el trabajo o la escuela y el 26,3% no se veía con ningún amigo en ninguna ocasión (n total=487).

1.3.2 Funcionamiento Global

Los niveles de funcionamiento global de los pacientes según sus puntuaciones en la escala GAF tenían una media de 30,48 (DT=11,7; n=514) en el momento de ingreso (T0), mientras tres meses después eran más altos, teniendo una media de 50,53 (DT=15,9; n=361).

1.3.3 Calidad de vida

Según las puntuaciones en la escala MANSA, en el primer momento de evaluación (T0) los pacientes tenían una media de calidad de vida subjetiva de 4,3 (DT=1,04; n=515) y de calidad de vida objetiva de 2,49 (DT=1,04; n=511). Tres meses después estos niveles eran más altos, con los niveles de calidad de vida subjetiva teniendo una media de 4,6 (DT=1,03; n=362) y los de calidad de vida objetiva una media de 2,77 (DT=1,02; n=360).

1.4 Psicopatológicas

Los niveles globales de psicopatología según la puntuación de los pacientes en el BPRS en el momento de ingreso (T0) tenían una media de 2,2 (DT=0,5). Tomando cada dimensión psicopatológica por separado, la media de los síntomas negativos fue de 2,4 (DT=0,99), de los síntomas positivos de 2,8 (DT=1), de la depresión/ansiedad de 2,1 (DT=1,06) y de la manía/excitación de 1,8 (DT=0,74).

Las características psicosociales y psicopatológicas de la muestra se reflejan en la Tabla 3.

3. Características Psicosociales y Psicopatológicas de la muestra

Características Psicosociales		Media (DT)	Porcentaje (n)
Contactos Sociales (verse con amigos) (n=487)	1 vez a la semana		34,1% (166)
	2-3 veces al mes		11,5% (56)
	1 vez al mes		12,1% (59)
	Solo en el trabajo/escuela		16% (78)
	Nunca		26,3% (128)
Funcionamiento Global (GAF)	T0 (n=514)	30,48 (11,7)	
	T1 (n=361)	50,53 (15,9)	
Calidad de vida subjettiva (MANSA)	T0 (n=515)	4,3 (1,04)	
	T1 (n=362)	4,6 (1,03)	
Calidad de vida objetiva (MANSA)	T0 (n=511)	2,49 (1,04)	
	T1 (n=362)	2,77 (1,02)	
Características Psicopatológicas			
Psicopatología (BPRS) (T0) (n=515)	Total	2,23 (0,5)	
	Síntomas Negativos	2,49 (0,99)	
	Síntomas Positivos	2,82 (1)	
	Depresión/Ansiedad	2,13 (1,06)	
	Manía/Excitación	1,87 (0,74)	

MANSA=Manchester Short Assessment of Quality of Life; GAF= Global Assessment of Functioning;
BPRS= Brief Psychiatric Rating Scale

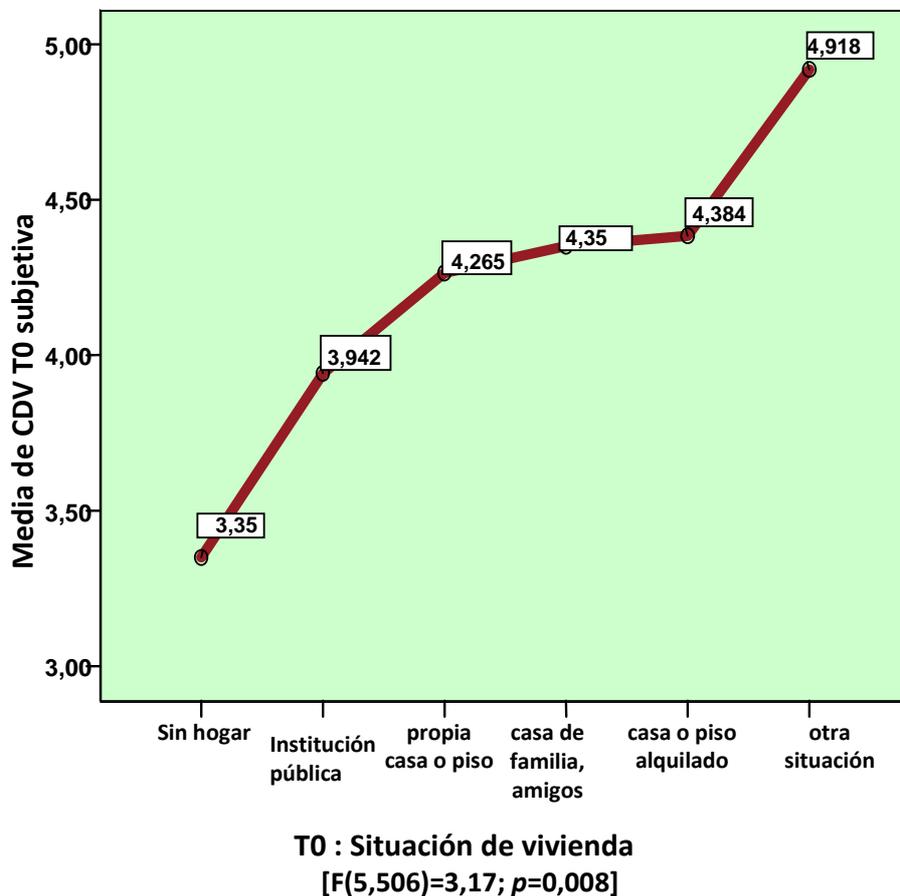
2. Diferencias en calidad de vida subjetiva y objetiva según factores sociodemográficos y psicosociales en T0 y T1 (Tablas 4 y 5)

2.1 Diferencias en calidad de vida subjetiva en T0

Según la prueba T para muestras independientes, no había diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuando a su calidad de vida subjetiva en el momento de ingreso.

Del otro lado, los análisis ANOVA llevados a cabo han revelado que habían diferencias estadísticamente significativas para la calidad de vida subjetiva en T0 con respecto al factor situación de vivienda [$F(5,506)=3,17$ y $p=0,008$], siendo el grupo con otra situación de vivienda (sin especificar) el que tenía mejor percepción de calidad de vida, mientras era el grupo de los pacientes sin hogar el que tenía peor percepción de calidad de vida ($M=4,91$ vs $M=3,34$). (Gráfico 1)

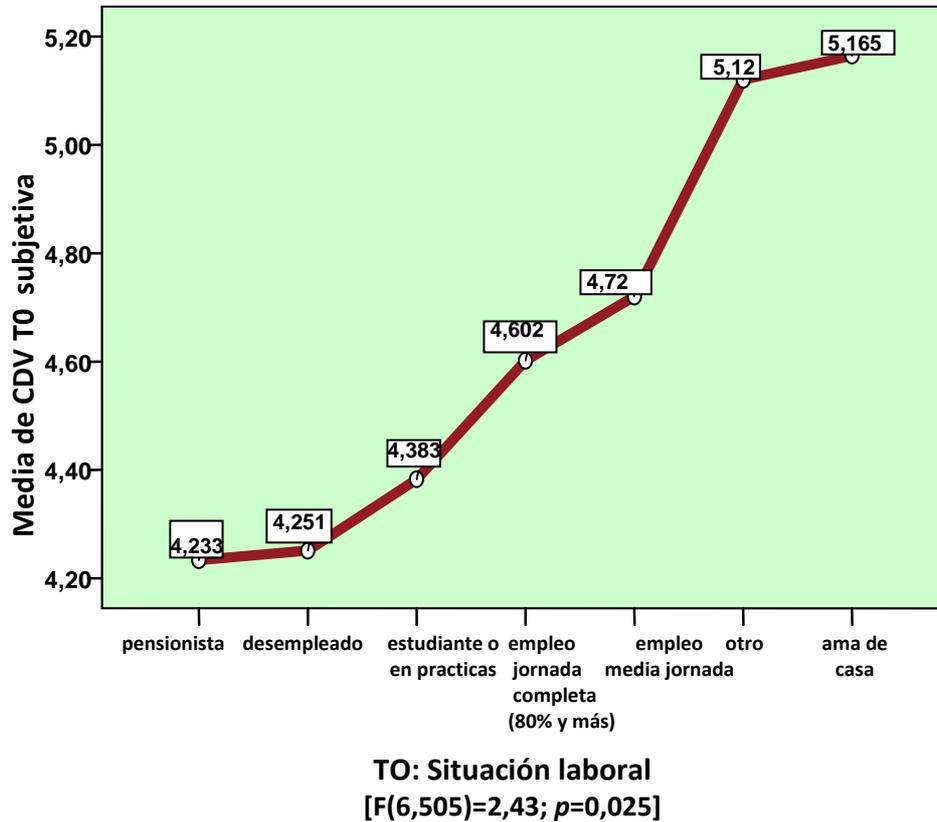
Gráfico 1: Calidad de vida subjetiva en T0 según la situación de vivienda de los pacientes



En cuanto a la situación laboral, la calidad de vida subjetiva en T0 difería entre los distintos grupos de pacientes [$F(6,505)=2,43$ y $p=0,025$], con el grupo de amas de casa presentando la mejor percepción de calidad de vida ($M=5,16$) y el grupo de pensionistas

($M=4,233$) y de desempleados ($M=4,251$) presentando la peor percepción (Grafico 2).

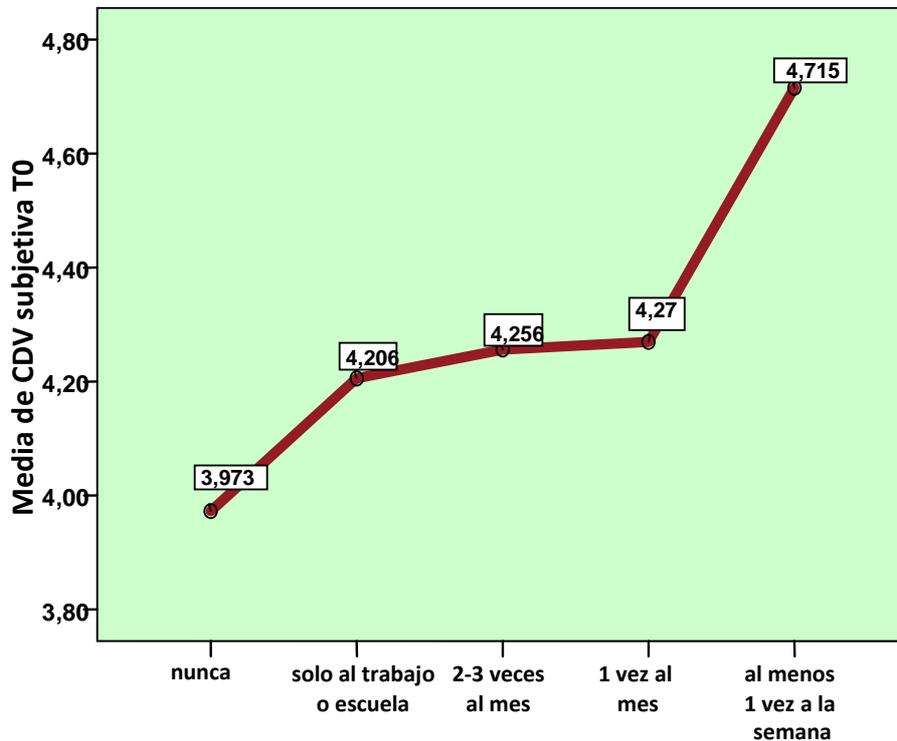
Grafico 2: Calidad de vida subjetiva en T0 según la situación laboral de los pacientes



Aparte de esto, los análisis han revelado que en el momento de ingreso (T0) los grupos diferían en la calidad de vida subjetiva según la frecuencia de contactos sociales [$F(4,482)=10,457$ y $p=0,000$], teniendo una mejor percepción el grupo de pacientes que veía a sus amigos al menos una vez a la semana y peor percepción el grupo que no les veía nunca ($M=4,71$ vs $M=3,97$) (Gráfico 3).

Los pacientes no han mostrado tener diferencias significativas en la calidad de vida subjetiva en T0 según su estado civil.

Gráfico 3: Calidad de vida subjetiva en T0 según la frecuencia de contactos sociales

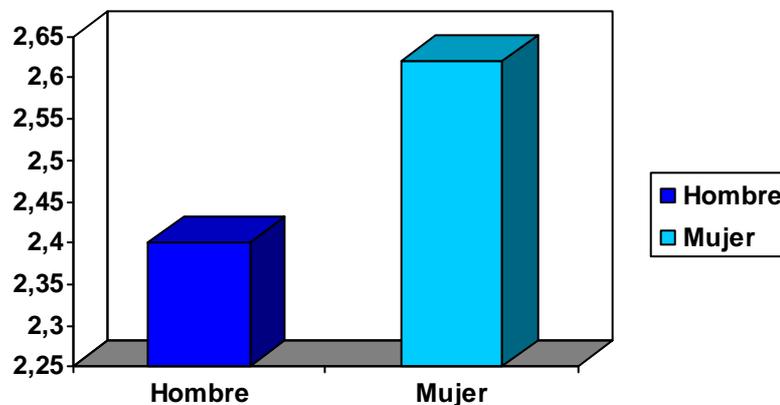


T0: Frecuencia de contactos sociales
 [F(4,482)=10,457; p=0,000]

2.2 Diferencias en calidad de vida objetiva en T0

Según la prueba T existían diferencias significativas entre la media de hombres y mujeres en calidad de vida objetiva en el momento de ingreso (T0) [t(509)=2,303; p=0,22] siendo las mujeres las que mayor media presentan (M=2,62 vs M=2,40) (Gráfico 4).

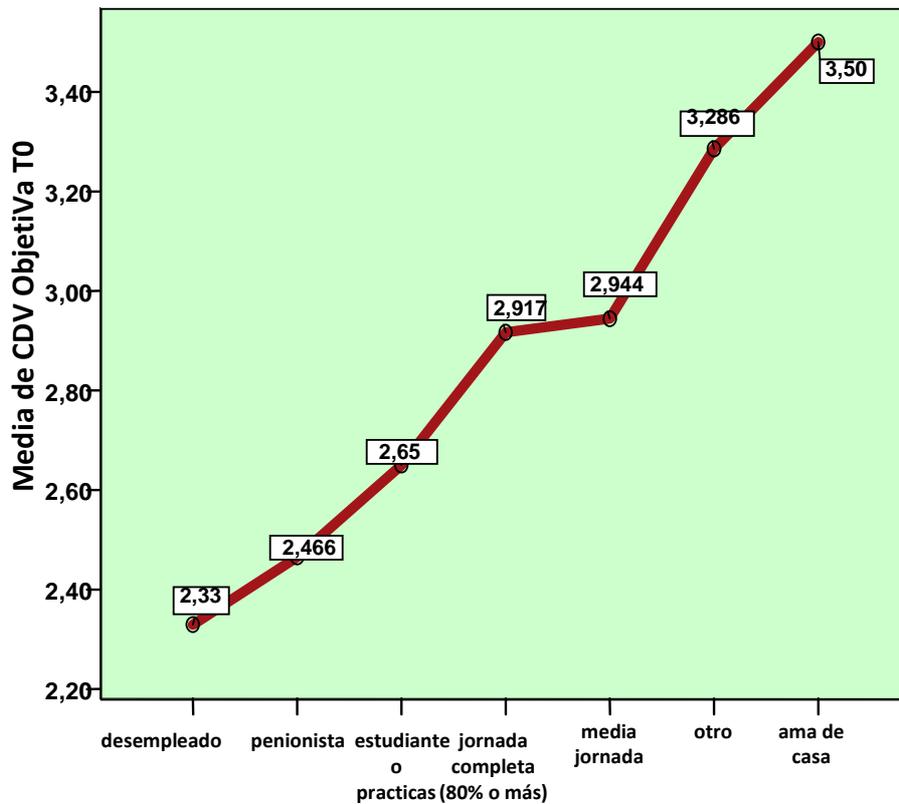
Gráfico 4: Calidad de Vida Objetiva según el Sexo en T0



Sexo
 [t(509)=2,303; p=0,22]

Respecto a la situación laboral, según los análisis ANOVA, la imagen para la calidad de vida objetiva en T0 fue semejante con la de la calidad de vida subjetiva, ya que habían diferencias significativas [$F(6,501)=3,81$ y $p=0,01$], siendo las amas de casa las que tenían mejor calidad de vida y el grupo de desempleados el que tenía peor calidad de vida (($M=3,50$ vs $M=2,32$) (Gráfico 5).

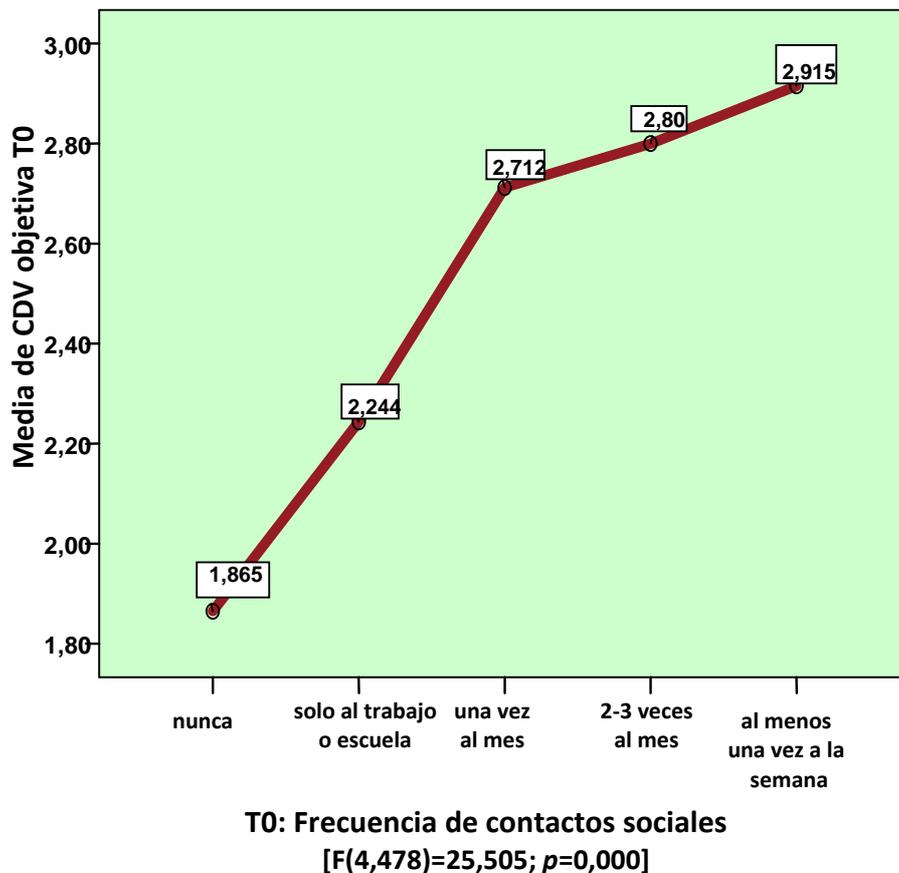
Gráfico 5: Calidad de vida objetiva en T0 según la situación laboral de los pacientes



T0: Situación laboral

[$F(6,501)=3,81$; $p=0,01$]

Del mismo modo, los grupos diferían en la calidad de vida objetiva según la frecuencia de contactos sociales [$F(4,478)=25,505$ $p=0,000$], presentando el grupo que no se veía nunca con amigos peor calidad de vida objetiva y el grupo que se veía al menos una vez a la semana mejor calidad de vida objetiva ($M=1,86$ vs $M=2,91$) (Gráfico 6).

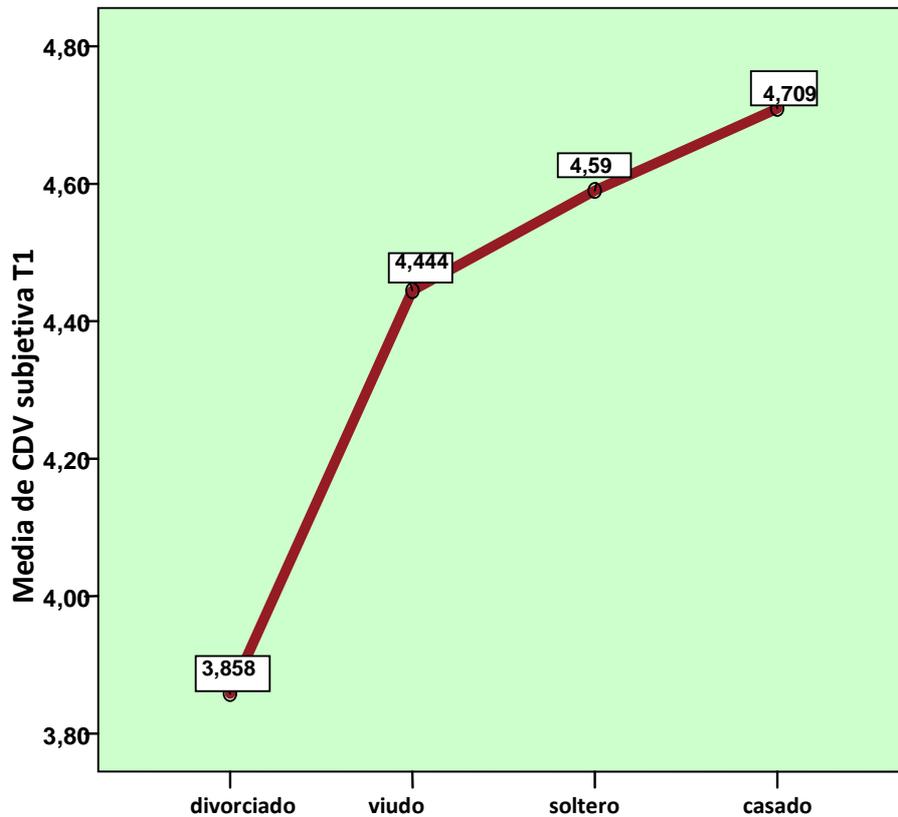
Grafico 6: Calidad de vida objetiva en T0 según la frecuencia de contactos sociales

Del otro lado, no se han revelado diferencias significativas en la calidad de vida objetiva en el momento de ingreso según la situación de vivienda o el estado civil de los pacientes.

2.3 Diferencias en calidad de vida subjetiva tres meses después del ingreso (T1)

Según los análisis, los pacientes diferían en la calidad de vida subjetiva en T1 solamente según su estado civil [F(3,365)=4,971 y $p=0,02$], siendo el grupo de pacientes divorciados las que peor media de calidad de vida presentaban y los pacientes casados los que tenían mejor calidad de vida (M=3,858 vs M=4,709), como se refleja en el Gráfico 7.

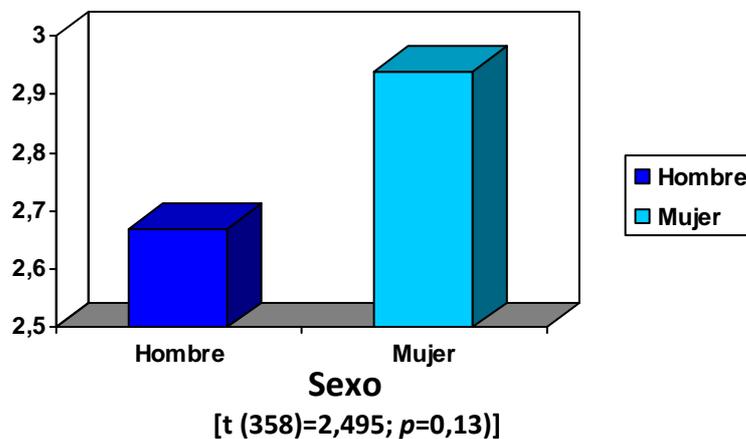
Grafico 7: Calidad de vida subjetiva en T1 según el estado civil de los pacientes



2.4 Diferencias en calidad de vida objetiva tres meses después del ingreso (T1)

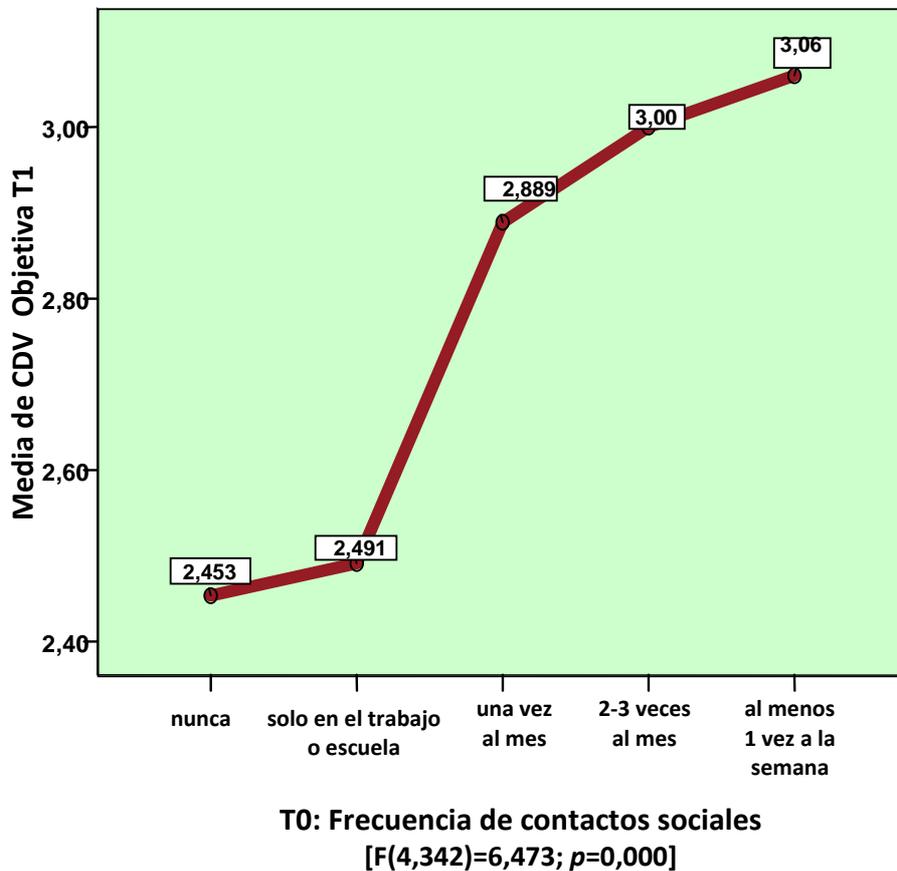
La prueba T ha mostrado que los pacientes diferían en la calidad de vida en T1 según su sexo, [t (358)=2,495; p=0,13] teniendo las mujeres una media más alta (M=2,94 vs M=2,67) (Gráfico 8).

Gráfico 8: Calidad de Vida Objetiva según el Sexo en T1



De los demás factores explorados a través de los análisis ANOVA, el único factor según el cual se diferenciaba la calidad de vida objetiva de los pacientes en T1 ha sido la frecuencia de contactos sociales [$F(4,342)=6,473$ y $p=0,000$], con el grupo que no se veía nunca con amigos presentando peor calidad de vida y el grupo con la mayor frecuencia de contactos sociales (al menos una vez a la semana) la mejor calidad de vida objetiva ($M=2,45$ vs $M=3,05$). (Grafico 9)

Grafico 9: Calidad de vida objetiva en T1 según la frecuencia de contactos sociales



Del otro lado, los análisis realizados para explorar las posibles diferencias según la situación residencial y la adherencia al tratamiento farmacéutico y psicológico de los pacientes no han mostrado ningún tipo de diferencias significativas en la calidad de vida objetiva y subjetiva en ambos tiempos.

4. Prueba T para muestras independientes para las diferencias de sexo en calidad de vida

	sexo	n	Media (DT)	T (g l)	p	Diferencia (Error típico)
Calidad de vida objetiva (T0)	Hombre	311	2,40 (1,02)	2,303 (509)	0,022	0,216 (0,09)
	Mujer	200	2,62 (1,05)			
Calidad de vida objetiva (T1)	Hombre	225	2,67 (1,02)	2,495 (358)	0,013	0,277 (0,11)
	Mujer	135	2,94 (1,00)			

5. ANOVA para las diferencias en calidad de vida subjetiva y objetiva según los varios factores en T0 y T1

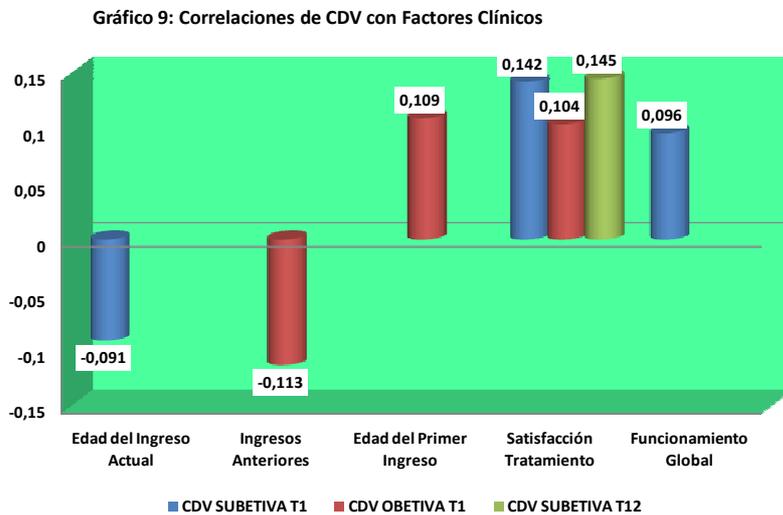
			Suma de cuadrados	g l	Media cuadrática	F	p
CDV subjetiva T0	Situación de vivienda	Inter-grupos	17,078	5	3,416	3,177	,008
	Situación laboral	Inter-grupos	15,788	6	2,631	2,436	,025
	Contactos sociales	Inter-grupos	42,721	4	10,680	10,457	,000
CDV objetiva T0	Situación laboral	Inter-grupos	23,965	6	3,994	3,812	,001
	Contactos sociales	Inter-grupos	91,945	4	22,986	25,505	,000
CDV subjetiva T1	Estado civil	Inter-grupos	21,922	3	7,307	4,971	,002
CDV objetiva T1	Contactos sociales	Inter-grupos	25,634	4	6,408	6,473	,000

3. Correlaciones entre calidad de vida y factores sociodemográficos, clínicos y psicosociales en T0 (Tabla 6; Gráfico 9)

3.1 Correlaciones con varios factores clínicos

Las correlaciones no paramétricas de Spearman llevadas a cabo han revelado que la calidad de vida subjetiva al momento del ingreso (T0) se correlacionaba positivamente con el funcionamiento global (GAF) y la satisfacción con el tratamiento (CAT), y de manera negativa con la edad del ingreso actual. Tres meses después, la única correlación que se mantenía significativa era con la satisfacción con el tratamiento.

Del otro lado, la calidad de vida objetiva en T0 mostró correlaciones positivas con la edad al primer ingreso y con la satisfacción con el tratamiento (CAT) y una relación significativa negativa con el número de ingresos anteriores. Después de tres meses esas correlaciones ya no resultaban significativas.

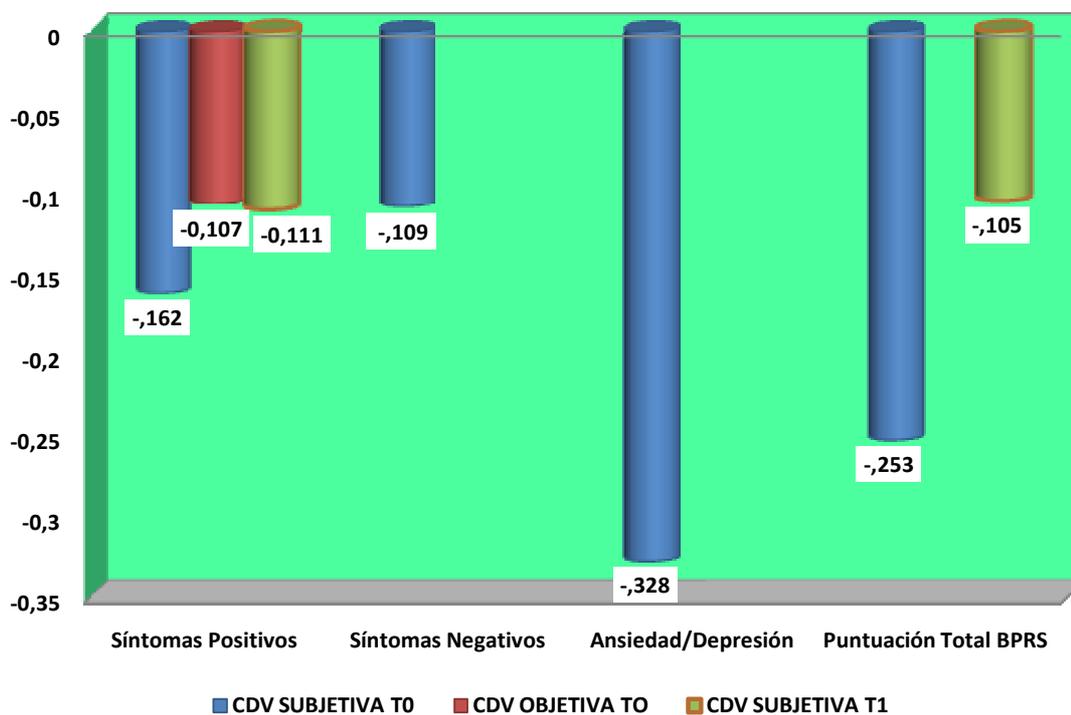


3.2 Correlaciones entre calidad de vida y Dimensiones Psicopatológicas del BPRS (T0) (Tabla 6; Gráfico 10)

En cuanto a las dimensiones psicopatológicas, la calidad de vida subjetiva mostró correlaciones negativas con la dimensión de síntomas positivos y la puntuación total del BPRS de manera transversal y longitudinal (T0 y T1), mientras mostraba estar correlacionada de manera negativa con la dimensión de síntomas negativos y depresión/ansiedad en T0, pero tres meses después esta relación perdía su significación.

Del otro lado, la calidad de vida objetiva se mostró negativamente correlacionada con la dimensión de sintomatología positiva de manera transversal (T0) y con ninguna de las demás dimensiones ni en T0 ni tres meses después (T1).

Gráfico 10. Correlaciones entre CDV y Dimensiones Psicopatológicas



6. Correlaciones entre la calidad de vida subjetiva y objetiva y las demás variables en T0 y T1

	Edad de ingreso actual	Ingresos anteriores	Edad de dejar estudios	Edad del 1er ingreso	CAT T0	GAF T0	BPRS T0				
							Manía/Excitación	Síntomas Negativos	Síntomas Positivos	Ansiedad/Depresión	Puntuación Total
CDV Subjetiva T0	-,091*	,084	-,069	,079	,142**	,096*	,068	-,109*	-,162**	-,328**	-,253**
CDV Objetiva T0	-,062	-,113*	,039	,109*	,104*	,007	-,065	-,058	-,107*	,008	-,082
CDV Subjetiva T1	-,075	,029	-,037	,082	,145**	-,003	-,017	-,084	-,111*	-,098	-,105*
CDV Objetiva T1	-,071	,044	,053	,106	,079	-,039	-,013	-,066	-,076	,090	-,007

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

CDV= Calidad de Vida según el MANSA; CAT=Client's assessment of Treatment; GAF= Global Assessment of Functioning; BPRS= Brief Psychiatric Rating Scale; Edad del Primer Ingreso=Voluntario o no, incluido en hospital de Día; Edad de dejar los estudios=Variable Proxy de educación

4. Determinantes de la calidad de vida subjetiva y objetiva

4.1 Factores asociados transversalmente a la calidad de vida

4.1.1 Calidad de Vida Subjetiva

Para averiguar los factores asociados a la calidad de vida subjetiva de manera trasversal, las dimensiones psicopatológicas se metieron en los análisis de regresión multivariantes, junto con otros factores. De los factores psicopatológicos estudiados, las dimensiones de síntomas positivos y de depresión/ansiedad y la psicopatología total resultaron estar asociados de manera negativa a la calidad de vida subjetiva. De los demás factores estudiados, la calidad de vida subjetiva se asociaba con la satisfacción percibida con el tratamiento según el CAT, y con la frecuencia de los contactos sociales de los participantes. (Esquema 1)

Específicamente, cuando en el modelo se incluía la dimensión de síntomas positivos junto con la frecuencia de contactos sociales y la satisfacción percibida con el tratamiento, el modelo explicaba el 10,2% de la varianza de la calidad de vida subjetiva (Tabla 7). El mejor ajuste de los datos ha tenido el modelo que incluía la dimensión Depresión/Ansiedad junto con estos dos factores, explicando el 21,4% de la varianza (Tabla 8). Por otra parte, cuando se incluía la dimensión de los síntomas positivos junto con estos factores el porcentaje de la varianza explicada era de 14,3% (Tabla 9).

Tabla 7. Modelo de Asociación entre Síntomas Positivos y Calidad de Vida Subjetiva en T0

Factores Asociados T0	Intervalo de Confianza para β al 95%		β	t	p
	Límite Inferior	Límite Superior			
Síntomas Positivos BPRS	-,051	-,010	-,143	-2,898	,004
Contactos Sociales	-,213	-,095	-,241	-5,129	,000
Satisfacción con el Tratamiento (CAT)	,002	,011	,120	2,568	,011

p < 0,05

Tabla 8. Modelo de Asociación entre Depresión/Ansiedad y Calidad de Vida Subjetiva en T0

Factores Asociados T0	Intervalo de Confianza para β al 95%		β	t	p
	Límite Inferior	Límite Superior			
Depresión/Ansiedad BPRS	-,110	-,068	-,367	-8,388	,000
Contactos Sociales	-,207	-,097	-,237	-5,417	,000
Satisfacción con el Tratamiento (CAT)	,003	,013	,147	3,373	,001

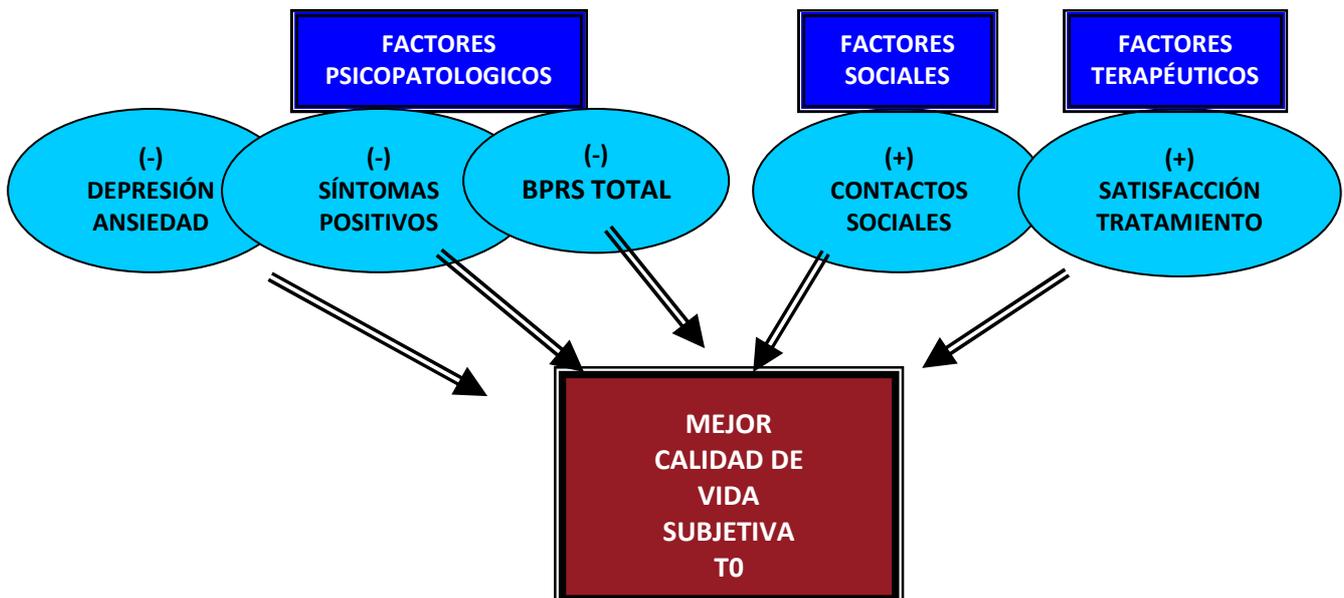
p < 0,05

Tabla 9. Modelo de Asociación entre Puntuación Total en BPRS y Calidad de Vida Subjetiva T0

Factores Asociados T0	Intervalo de Confianza para β al 95%		β	t	p
	Límite Inferior	Límite Superior			
Psicopatología Total BPRS	-,033	-,015	-,280	-5,369	,000
Contactos sociales	-,205	-,090	-,231	-5,022	,000
Satisfacción con el Tratamiento (CAT)	,000	,010	,098	2,139	,033

p < 0,05

ESQUEMA 1: FACTORES ASOCIADOS TRANSVERSALMENTE A CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA EN EL MOMENTO DE INGRESO



4.1.2 Calidad de Vida Objetiva

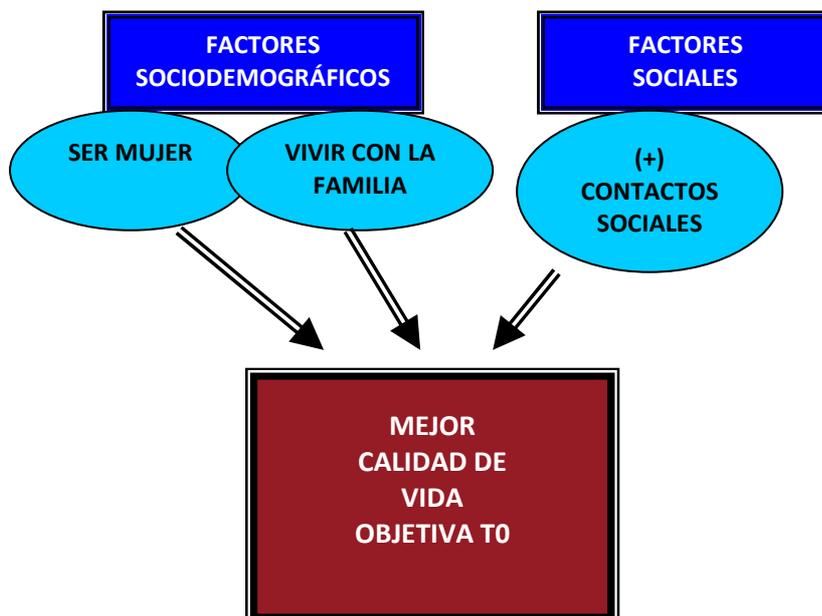
En cuanto a los factores asociados transversalmente a la calidad de vida objetiva en el momento de ingreso (T0), los análisis han mostrado que ninguna de las dimensiones psicopatológicas ni la psicopatología total estaba asociada de manera significativa. La calidad de vida objetiva en T0 se asociaba con el sexo, la situación residencial de los pacientes y la frecuencia de sus contactos sociales, y este modelo explicaba el 16,6% de la varianza. (Tabla 10; Esquema 2)

Tabla 10. Modelo de Asociación entre varios factores y Calidad de Vida Objetiva en T0

Factores Asociados T0	Intervalo de Confianza para β al 95%		β	t	p
	Límite Inferior	Límite Superior			
Sexo	-,432	-,032	-,108	-2,275	,023
Situación Residencial	,002	,155	,096	2,030	,043
Contactos Sociales	-,305	-,192	-,388	-8,589	,000

p < 0,05

ESQUEMA 2: FACTORES ASOCIADOS TRANSVERSALMENTE A CALIDAD DE VIDA OBJETIVA EN EL MOMENTO DE INGRESO



4.2 Determinantes longitudinales de la calidad de vida

4.2.1 Calidad de Vida Subjetiva

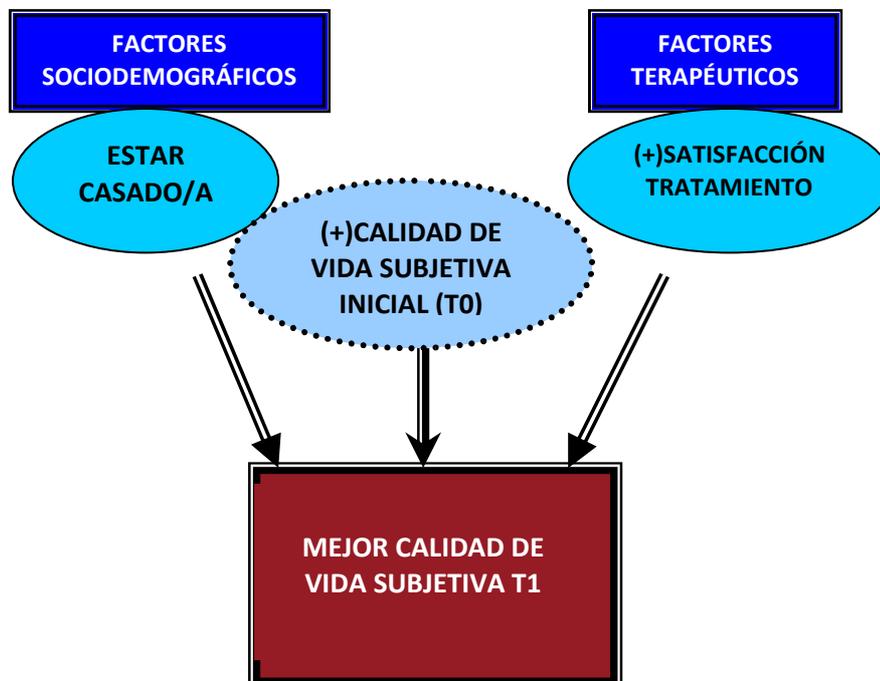
Referente a los predictores longitudinales de la calidad de vida subjetiva, los análisis de regresión multivariantes han mostrado que ninguna de las dimensiones psicopatológicas ni la psicopatología total funcionaban como predictores de ésta. Del otro lado, la calidad de vida subjetiva en el momento del ingreso (T0), la satisfacción de los pacientes con el tratamiento y su estado civil surgieron como predictores significativos, explicando el 16,4% de la varianza de la calidad de vida subjetiva tres meses después del ingreso (T1) (Tabla 11; Esquema 3).

Tabla 11. Modelo de Predictores Longitudinales de la Calidad de Vida Subjetiva en T1

Predictores T0	Intervalo de Confianza para β al 95%		β	t	p
	Límite Inferior	Límite Superior			
CDV Subjetiva T0	,261	,487	,327	6,492	,000
Estado Civil	-,435	-,098	-,161	-3,109	,002
Satisfacción con el Tratamiento (CAT)	,001	,013	,106	2,138	,033

p < 0,05

ESQUEMA 3: PREDICTORES LONGITUDINALES DE LA CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA TRES MESES DESPUÉS DEL INGRESO



4.2.2 Objetiva

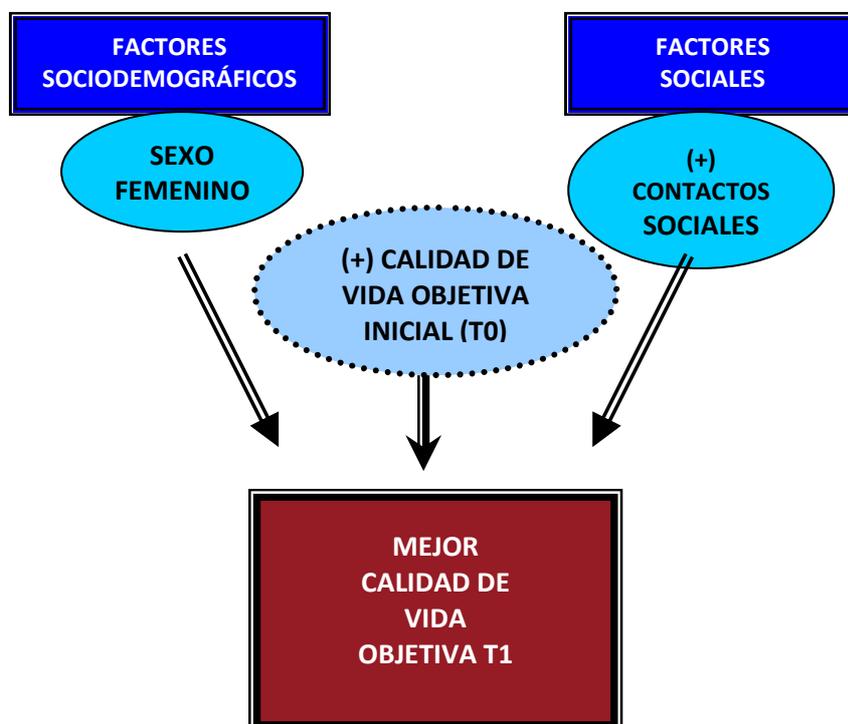
De modo semejante, según los análisis ninguna de las dimensiones psicopatológicas ni la psicopatología total inicial resultaba como predictor significativo de la calidad de vida objetiva tres meses después del ingreso (T1). Los factores que han mostrado tener un papel predictor de la calidad de vida objetiva han sido la calidad de vida objetiva al momento del ingreso, el sexo y la frecuencia de los contactos sociales de los participantes, explicando el 14,7% de la varianza. (Tabla 12; Esquema 4)

Tabla 12. Modelo de Predictores Longitudinales de la Calidad de Vida Objetiva en T1

Predictores T0	Intervalo de Confianza para β al 95%		β	t	p
	Límite Inferior	Límite Superior			
CDV Objetiva T0	,188	,408	,294	5,321	,000
Sexo	-,419	-,003	-,100	-1,993	,047
Contactos Sociales	-,158	-,021	-,142	-2,580	,010

p < 0,05

ESQUEMA 4: PREDICTORES LONGITUDINALES DE LA CALIDAD DE VIDA OBJETIVA TRES MESES DESPUÉS DEL INGRESO



DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente estudio ha sido averiguar cuáles de los factores psicopatológicos, sociodemográficos, clínicos y psicosociales en el momento de un ingreso hospitalario funcionarían como determinantes de la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia 3 meses después de este ingreso. Nuestros resultados han ilustrado la calidad de vida subjetiva y objetiva se determinan por factores diferentes, señalando así la importancia de distinguir entre estos dos aspectos. Específicamente, se destaca el efecto prospectivo de la satisfacción percibida con el tratamiento junto con el estado civil para determinar la calidad de vida subjetiva, y de la frecuencia de contactos sociales junto con el sexo para determinar la calidad de vida objetiva. Del mismo modo, se observa la ausencia del papel de la psicopatología inicial como determinante prospectivo. La aplicación de un diseño metodológico eficaz en nuestro análisis nos ha permitido construir modelos parsimoniales para explicar la influencia de una serie de factores al fenómeno de calidad de vida subjetiva y objetiva.

1. Diseño y Muestra: Ventajas y Limitaciones

Las características específicas del presente estudio proporcionan nuestros resultados con ciertas ventajas, cuando se comparan con otros estudios en el ámbito de la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia.

Primero, la aplicación de un diseño longitudinal en una amplia muestra de pacientes ha aportado a nuestros resultados cierta eficacia y fiabilidad. Los diseños longitudinales ofrecen una manera de entender los cambios, la trayectoria de la persona y los procesos dinámicos que caracterizan esta trayectoria, mientras esto no es posible cuando se aplican de diseños trasversales. Cuando se trata de temas relacionados con una enfermedad como la esquizofrenia,

tienen una ventaja indiscutible en comparación con otros métodos, ya que permiten observar el curso de la enfermedad y la evolución de la persona en los varios ámbitos de su vida y (Raulin y Lilienfeld, 1999).

Segundo, en el presente análisis se utilizó una amplia muestra de pacientes con esquizofrenia, que se podría considerar como representativa. La inclusión de pacientes en el momento de su ingreso en unidades hospitalarias públicas de 12 países diferentes ha hecho posible evitar sesgos comúnmente provocados en los estudios por el tipo de la muestra utilizada. Muchos estudios acuden al reclutamiento de pacientes provenientes de centros privados o de pacientes con institucionalización crónica, porque resultan más accesibles y fáciles de conseguir, pero este tipo de muestras no se pueden caracterizar como representativas (Browne, Larkin y O'Callaghan, 1999).

Estos dos elementos metodológicos suponen una ventaja importante para el rigor científico de nuestros resultados. Y esto porque según una revisión reciente (Evans, 2007), la mayoría de los estudios documentados sobre la calidad de vida en pacientes psicóticos tienen un diseño transversal y además son bien pocos los que han utilizado una muestra de pacientes amplia y con criterios de inclusión específicos.

Tercero, aunque en el estudio EUNOMIA, del cual este análisis forma parte, se tomaron medidas de pacientes psicóticos en general, en nuestros análisis se utilizaron solamente los datos de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, con el fin de obtener una imagen más sólida de los determinantes de calidad de vida en este trastorno psicótico en particular. Consideramos que esta distinción de la muestra es crucial, tomando en cuenta los resultados de Ritsner et al. (2003), que en su estudio longitudinal han mostrado que la calidad de vida en pacientes con esquizofrenia se determinaba por factores

distintos a los de la calidad de vida en pacientes con otro tipo de psicosis.

Cuarto, refiriéndose al constructo de calidad de vida, en nuestro estudio se hizo una distinción clara entre la calidad de vida subjetiva, refiriéndose a la percepción de la persona sobre su calidad de vida, y la calidad de vida objetiva, refiriéndose a las condiciones externas de la vida medidas con indicadores sociales. Siguiendo la postulación de Lehman (1988), que considera que estos dos aspectos constituyen dos entidades diferentes pero complementarias del mismo fenómeno, hemos procedido en la evaluación de ambos, con el fin de obtener una perspectiva global y multidimensional. Del mismo modo, se han explorado los determinantes longitudinales de ambos aspectos por separado, ya que según los hallazgos anteriores se determinan por factores distintos (Bengtsson-Tops et al., 2005; Fitzgerald et al., 2001).

Por último, según la revisión bibliográfica realizada, parece que la calidad de vida es el resultado de la interacción de varios factores y todavía no se ha llegado a un consenso sobre los que mejor explican el fenómeno. En el diseño del presente estudio se incluyeron una serie de factores sociodemográficos, clínicos, psicosociales, y psicopatológicos con el fin de averiguar su papel potencial como determinantes de la calidad de vida y explorar su contribución separada y conjunta al fenómeno, a través de análisis univariantes y multivariantes.

Con estas características, se puede suponer que el presente estudio ha aportado luz a la confusión que todavía existe en el ámbito de la investigación de la calidad de vida y sus determinantes y ha ilustrado el papel crucial de los factores que se implican al fenómeno, construyendo modelos fiables para explicarlo.

Aunque nuestro estudio se puede considerar ventajoso, a la hora de interpretar los resultados se tienen que tener en cuenta una serie de limitaciones. Para empezar, el presente análisis forma parte del estudio EUNOMIA. La exploración de la calidad de vida y sus determinantes no formaba parte de los objetivos de este estudio, conllevando algunas desventajas para nuestro análisis.

Primero, no era posible incluir en nuestro diseño medidas de ciertos factores, propuestos por otros autores como posibles determinantes de la calidad de vida, como por ejemplo la autoestima (Barry, 1997; Kunikata et al., 2005; Ruggeri et al., 2001, 2005), los efectos secundarios de la medicación (Awad et al., 1997; Bebbington et al., 2009; Ritsner et al., 2000) o las necesidades no cubiertas de los pacientes (Becker et al., 2005; Hansson y Bjorkman, 2007; Hansson et al., 2003).

Por la misma razón, no se ha podido llevar a cabo una comparación de la muestra incluida en el presente análisis con otras de población general o con psicopatología no psicótica. Según estudios previos (Tempier et al., 1998; Evans et al., 2007), la imagen que presentan los pacientes psicóticos es diferente a la de otras poblaciones. Una comparación de este tipo sería de mucha utilidad, con el fin de replicar los resultados de estos autores y averiguar las diferencias y similitudes en los determinantes de la calidad de vida en cada grupo.

Aparte de esto, se destacan algunas limitaciones en relación con las características particulares de nuestro análisis.

Concretamente, no se ha estudiado la posible contribución separada de los síntomas de depresión y ansiedad, ya que estos estaban abarcados bajo la misma dimensión psicopatológica. Clark y Watson (1991) han apoyado la idea de que la ansiedad y la depresión tienen sus propios componentes que les constituyen como dos dimensiones separadas. Por ejemplo, se observa la existencia de la

anhedonia en el caso de la depresión y de la hiperactividad física en el caso de la ansiedad. Por otra parte, la teoría de las emociones de los mismos autores postula que la depresión, la ansiedad y la experiencia subjetiva tienen en común un componente de afecto negativo, así que deberían formar parte de la misma dimensión psicopatológica. La exploración del papel que juegan estos síntomas por separado no formaba parte de nuestro diseño, aunque se ha sugerido su posible contribución heterogénea en la calidad de vida (Braga et al., 2005; Hansson, 2006; Huppert et al., 2001; Huppert y Smith, 2001; Karow et al., 2005; Wetherell et al., 2003). Quedaría pendiente de futuras investigaciones examinar la relación de la calidad de vida con la depresión y la ansiedad por separado, utilizando instrumentos específicos para ambos tipos de sintomatología.

Por otra parte, no se ha hecho una distinción entre pacientes en diferentes estadios de enfermedad, para averiguar si la calidad de vida se determina por diferentes factores en pacientes que acababan de tener su primer episodio psicótico y en pacientes crónicos. Según Ram, Bromet, Eaton, Pato y Schwartz (1992) para poder llegar a conclusiones sobre constructos utilizados como indicadores de resultado en pacientes psicóticos, sería ideal utilizar una muestra homogénea en cuanto a su estadio de enfermedad. Algunos estudios han encontrado diferencias en los niveles de calidad de vida de pacientes en diferentes estadios de la enfermedad (Shtasel et al., 1992; Priebe et al., 2000), mientras Karow et al. (2005) han encontrado que la psicopatología muestra relaciones distintas con los varios ámbitos de la calidad de vida según el estadio de la enfermedad de los pacientes. Del otro lado, Hansson y Bjorkman (2007) han postulado que los determinantes de calidad de vida son consistentes en el tiempo y Melle et al. (2005) apoyan la idea que el constructo de la calidad de vida de los pacientes en su primer

episodio se determina de manera semejante a los demás estadios de la enfermedad. En el presente análisis no se hizo esta distinción, dejando pendiente de futuras investigaciones explorar con más profundidad los determinantes de calidad de vida según las características particulares de cada estadio de la enfermedad.

Por último, aunque se trata de un estudio internacional, con pacientes provenientes de 12 países diferentes, no hemos estudiado el posible papel de las diferencias culturales para determinar su calidad de vida. Parece que la calidad de vida objetiva varía según el lugar de residencia, de acuerdo con las diferencias halladas en estudios que han comparado pacientes en diferentes países (Warner et al., 1998; Heinze et al., 1997). En cuanto a la calidad de vida subjetiva, los hallazgos de estudios anteriores son contradictorios, otros mostrando que las diferencias culturales afectan a la percepción de la calidad de vida (Kovess et al., 2006; Marwaha et al., 2008) y otros lo contrario (Grupta et al., 1998). Gaité et al. (2002) en su estudio europeo, apoyan la idea de que las condiciones ambientales afectan la percepción de la calidad de vida solo en algunos ámbitos. Como no hay un consenso entre los estudios, igual porque existe una interacción compleja entre factores, las diferencias culturales se tienen que interpretar con precaución y hacen falta más estudios que incluyan múltiples factores para averiguar el impacto preciso de estas diferencias en la calidad de vida.

2. Niveles de calidad de vida

Calidad de vida subjetiva

La primera evaluación de nuestra muestra se realizó durante un ingreso hospitalario, lo cual fue el primero o el segundo para más de la mitad de los pacientes. En ese momento ellos mismos informaron percibir los distintos ámbitos de su vida como medianamente satisfactorios. Otros estudios han documentado niveles de calidad de

vida subjetiva relativamente altos en pacientes con esquizofrenia (Arns y Linney, 1993; Baker e Intagliata, 1982; Sullivan et al., 1991), hecho que se ha comprobado solo parcialmente por el presente análisis. La experiencia de un ingreso hospitalario, nueva para muchos de los pacientes de nuestro estudio y el hecho de que todavía no se ha completado el proceso de adaptación en su nueva realidad vital (Priebe et al., 2007), puede que justifiquen los niveles medianos de calidad de vida subjetiva hallados, en concordancia con otros autores (Priebe et al., 2000; Roder-Wanner et al., 1998).

En el momento de la segunda evaluación tres meses después, se observa una pequeña mejora de esta percepción, de acuerdo con otros autores que documentan cambios positivos en la calidad de vida subjetiva con el paso del tiempo (Evans et al., 2007).

Calidad de vida objetiva

Del otro lado, se observa una imagen relativamente buena de la calidad de vida objetiva de nuestros participantes. Según los indicadores de la calidad de vida objetiva utilizados, nuestros resultados indican que los pacientes incluidos en el estudio habían tenido en general pocos problemas con la ley o de violencia física y tenían por lo menos un amigo considerado íntimo, en concordancia con los resultados de Ruggeri et al. (2005) y en la misma línea que los obtenidos por Priebe et al. (2000), en su estudio realizado con pacientes que acababan de tener su primer episodio psicótico. Del otro lado, están en contraste con los obtenidos por otros autores que indican niveles de calidad de vida objetiva bajos o moderados en pacientes con más tiempo de evolución de enfermedad (Browne et al., 1996; Evans et al., 2007; Lehman et al., 1982). Estos autores han utilizado instrumentos que recogían varios indicadores de calidad de vida objetiva, probablemente diferentes de los incluidos en el

instrumento aplicado en el presente estudio, hecho que dificulta una comparación directa con nuestros resultados.

En cuanto a su evolución en el tiempo, los niveles de la calidad de vida objetiva de los pacientes de nuestro estudio tres meses después son un poco más altos, de acuerdo con el estudio de Addington et al. (2003) que han observado mejoría de la calidad de vida objetiva a lo largo de un año.

3. Factores Socio-demográficos y Calidad de Vida

Edad

Nuestros resultados han mostrado que la edad en el momento de ingreso tenía una relación inversa con la percepción de calidad de vida, en la misma línea que otros autores (Browne et al., 1996) y en diferencia con otros (Mercier et al., 1998; Ruggeri et al., 2005). La media de edad en nuestra muestra era de 38 años, la mayoría de los pacientes no superaba los dos ingresos hospitalarios y la edad de su primer ingreso tenía una relación positiva con la calidad de vida objetiva. Estas características particulares significan que probablemente la enfermedad haya hecho su aparición en su vida relativamente tarde, cuando los pacientes ya tenían una situación vital que les permitía crear unas expectativas altas ante la vida, y la comparación de estas expectativas con la nueva realidad de un ingreso puede estar relacionada con una peor percepción de calidad de vida (Thornicroft y Tansella, 1996).

Empleo

En cuanto a la situación laboral, parece que las amas de casa tenían mejor calidad de vida objetiva y subjetiva en el momento de ingreso, seguidas por las personas que tenían un empleo y siendo los desempleados los que mostraban estar en la peor situación de calidad de vida. Nuestros resultados están en la misma línea que los de otros

autores (Kovess et al., 2006; Marwaha et al., 2008; Priebe et al., 1998). Es posible que el hecho de ser ama de casa represente por una parte la disponibilidad de una fuente externa y constante de ingresos, proveniente de la familia o pareja, que conduce a una situación vital buena y por otra una fuente de seguridad que conduce a una mejor percepción de calidad de vida. En contrario, los desempleados no tienen asegurada su situación financiera, tienen menos oportunidades de contactos sociales y de establecimiento de una rutina diaria de actividades, beneficios obtenidos a través del empleo. Por eso puede que tengan peores condiciones vitales y peor percepción de su calidad de vida. Del otro lado, observamos que los que tenían una jornada completa tenían peor calidad de vida que los que tenían jornada media. Puede ser que sostener un trabajo de jornada completa supone mucho esfuerzo y un alto coste psicológico para una persona que sufre de enfermedad mental, ya que la enfermedad supone un importante deterioro de la capacidad laboral (Eje IV, DSM IV, American Psychiatric Association, 1994) y no puede hacerse cargo de tantas responsabilidades.

Situación de vivienda

En el momento de ingreso, las personas sin hogar de nuestra muestra tenían una percepción de calidad de vida mucho más baja que las personas que vivían en un piso alquilado o tenían otra situación de vivienda, confirmando los hallazgos de otros estudios (Browne et al., 1996; Lehman et al., 1995). La situación estresante de las personas sin hogar conlleva una serie de carencias y necesidades de seguridad y apoyo, instrumental y emocional (Schutt y Garrett, 1992) que se pueden considerar cubiertas teniendo un hogar. Otros autores han apoyado la idea de que la calidad de la situación de vivienda es un factor que contribuye a la calidad de vida de las personas con esquizofrenia (Hansson, Middelboe, Sørgaard,

Bengtsson-Tops, Bjarnason, Merinder et al., 2002). Sin embargo, en nuestro estudio la situación de vivienda no surgió como uno de los determinantes de la calidad de vida de los pacientes, igual por la existencia más potente de otros factores incluidos en nuestro análisis.

Estado civil

Según nuestros resultados, los pacientes que estaban casados tenían una percepción de calidad de vida más alta que los pacientes que estaban solteros, viudos o divorciados. Además, el estado civil de los pacientes en el momento de ingreso determinaba su calidad de vida subjetiva tres meses después, confirmando los hallazgos de otros estudios (Corrigan y Buican, 1995; Kovess et al., 2006) y en la misma línea que otros (Melle et al., 2005; Ruggeri et al., 2005; Salokangas et al., 2005). Estar casado está mejor valorado socialmente y los pacientes casados pueden tener más oportunidades de seguir los cambios sociales y acceder a roles sociales más normalizados, posiblemente con la ayuda de su pareja. Esta sensación de participación en la realidad social puede que influya en su percepción de la calidad de vida, en contraste con los pacientes que no tienen pareja y se sienten más aislados. Por otro lado, los pacientes que están divorciados, aparte de los acontecimientos estresantes que les provoca la enfermedad, tienen que afrontar la hostilidad de su familia y el rechazo social provocado por la separación, y esto puede contribuir a un peor pronóstico de su curso (Thara, Kamath y Kumar, 2003). Resultados diferentes a los nuestros se han hallado por Skantze et al. (1991). Esta discrepancia posiblemente se justifica por Salokangas et al. (2005), que sugieren que la relación entre el estado civil y la calidad de vida depende a un buen grado de la muestra y el lugar de su proveniencia.

Situación residencial

Vivir con la familia surgió como uno de los factores que se asociaba con mejor calidad de vida objetiva de nuestros participantes durante la primera evaluación, en consistencia con otros autores (Browne et al., 1996; Hansson et al., 2002). En el momento de un ingreso las relaciones sociales de las personas disminuyen (Holmes-Eber y Riger, 1990; Lipton, Cohen, Fischer y Katz, 1981). Al estar viviendo con su familia, que constituye a su red social primaria, estas personas tienen una fuente disponible de apoyo que les proporciona con las condiciones vitales adecuadas, cuando ellas mismas no tienen las herramientas para obtenerlas.

Sexo

En nuestra muestra las mujeres mostraban mejor calidad de vida objetiva que los hombres. Además, parece que el hecho de ser mujer funcionaba como determinante de una mejor calidad de vida objetiva tanto en el momento de ingreso como tres meses después, de acuerdo con otros autores (Ruggeri et al., 2005; Wanner et al., 1997). Como la esquizofrenia tiene un inicio tardío a las mujeres (Murray y Van Os, 1998), ellas han tenido la oportunidad de establecer condiciones vitales mejores que los hombres, antes de hacerse frente con el cambio radical que ha supuesto la aparición de la enfermedad. Aparte de esto, los hombres pueden que muestren mayor cantidad de comportamientos que no están socialmente aceptados, contribuyendo así a una peor situación social, en contraste con las mujeres que suelen mostrar comportamientos más cooperativos, lo cual puede tener una influencia positiva a su situación vital (Häfner, 2003). Nuestros hallazgos comprueban los de otros autores que sugieren que las mujeres tienen un curso de enfermedad con mejor pronóstico (Angermeyer et al., 1990). De hecho, en otro estudio realizado con la muestra general del estudio

EUNOMIA, el hecho de ser mujer predecía mejor funcionamiento global tres meses después del ingreso (Petkari, Cervilla, Salazar-Montes, Gutiérrez, Nonay, Torres-González, EUNOMIA core Group, Cervilla, en proceso).

Del otro lado, no se han encontrado diferencias significativas en la calidad de vida subjetiva según el sexo, como han documentado otros autores (Hofer et al., 2005; Carpinello et al., 1997; Kovess et al., 2006) que sugieren que existen procesos específicos diferentes para cada sexo en la evaluación subjetiva. Nuestros resultados están en la misma línea que los de Vandiver (1998) que apoya la idea de que las diferencias en la percepción de la calidad de vida varía entre hombres y mujeres solo en ámbitos específicos, concretamente en el ámbito de relaciones sociales, y no en la percepción general de la calidad de vida. Al no haber realizado una evaluación de los determinantes de calidad de vida en cada ámbito por separado en nuestro análisis, no era posible confirmar o contrastar estas afirmaciones.

Concluyendo nuestros hallazgos sobre las asociaciones entre los factores sociodemográficos y la calidad de vida, no solamente se observa la existencia de relaciones entre ellos sino también se muestra que dos de ellos, el estado civil y el sexo, ejercen un rol determinante a largo plazo de la calidad de vida subjetiva y objetiva respectivamente. El único factor sociodemográfico que no se ha encontrado relacionado con la calidad de vida en nuestro estudio ha sido la educación, en la misma línea que otros autores (Corrigan y Buican, 1995) y en diferencia que otros (Caron et al., 2005; Skantze et al., 1992).

Nuestros resultados son diferentes a los de otros estudios que no han encontrado ninguna variación en la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos según sus características sociodemográficas

(Bechdolf et al., 2003; Schmid et al., 2006) o han mostrado solamente una pequeña influencia de estas características (Bengtsson-Tops y Hansson (2001). En general, es posible que, como indica Salokangas et al. (2005), la ausencia o poca fuerza de relaciones hallada en los estudios sea resultado de la naturaleza y el tamaño pequeño de la muestras que han utilizado.

Como sugiere Kovess et al. (2006), la influencia de los factores sociodemográficos se aumenta con el tiempo y en estudios con diseño transversal no es posible detectar este aumento. Nuestros resultados corroboran esta idea, ya que tres meses después del ingreso surge el efecto determinante del estado civil a la calidad de vida subjetiva, mientras en un primer momento se observa la ausencia de los factores sociodemográficos, ante la presencia de otros factores más potentes.

4. Factores Clínicos Varios y Calidad de Vida

La aparición tardía de la enfermedad se relaciona con un mejor nivel de condiciones vitales en nuestra muestra, como indica la relación positiva entre la calidad de vida objetiva en el momento del ingreso y la edad de la primera hospitalización de los pacientes. Este resultado parece confirmar la idea de que mientras más tarde se desarrolla la enfermedad en el curso de su vida, mejor pronóstico tienen los pacientes (Davidson y McGlashan, 1997). Sin embargo, nuestros análisis no han establecido una relación causal entre estos factores y su asociación puede deberse al efecto de otros, de acuerdo con otros autores (Ritsner, Gibel, Perelroyzen, Kurs, Jabarin y Ratner, 2004).

Aparte de eso, mientras más veces había estado ingresada la persona, peor se mostraba su calidad de vida objetiva. Los ingresos hospitalarios causan una interrupción de sus funciones personales y sociales y el esfuerzo para recuperarlas puede que disminuya su

calidad de vida objetiva. Nuestros resultados apoyan parcialmente el hallazgo de Ruggeri et al., (2001), que han mostrado que los ingresos hospitalarios determinaban la calidad de vida objetiva de los pacientes psicóticos.

5. Factores Psicopatológicos y Calidad de Vida

La presencia de los síntomas positivos parecía que conducía a una peor percepción de calidad de vida de los participantes en el momento de ingreso, como han indicado también estudios anteriores (Salomé et al., 2004; Ritsner et al., 2003). Tres meses después, estos síntomas perdían su efecto. Es posible que la influencia de estos síntomas sea mayor cuando se encuentran en su fase de exacerbación, pero una vez controlados su efecto se pierde, dando lugar a otros factores más potentes (Bengtsson-Tops y Hansson, 2001). Otros autores han encontrado influencias de esta sintomatología a largo plazo (Heider et al., 2007; Ritsner, 2003), pero según el meta-análisis de Eack y Newhill (2005) el efecto de este tipo de síntomas a la calidad de vida subjetiva se muestra de menor importancia.

De modo semejante, a más presencia de síntomas afectivos peor se muestra la calidad de vida subjetiva de los participantes, en consistencia con Tollefson y Andersen (1999) que han indicado que las interrupciones del estado de ánimo se han encontrado asociadas con la calidad de vida en la esquizofrenia. Nuestros resultados confirman uno de los hallazgos más comunes entre los estudios en este ámbito. En algunos de ellos se abarcan en esta dimensión tanto los síntomas depresivos, como de ansiedad (Dickerson et al., 1998; Hofer et al., 2004; Lehman, 1983; Malla et al., 2004; Jarbin y Hansson, 2004; Narváez et al., 2008; Reine et al., 2003), mientras en otros se separa el efecto de estos síntomas en dos dimensiones (Huppert et al., 2001; Karow et al., 2005).

Tres meses después, estos síntomas parece que pierden su efecto. Siguiendo la teoría mediacional (Beck, Steer y Garbin, 1998) la intensidad de los síntomas afectivos en el momento de ingreso va a influir la evaluación de la calidad de vida, percibiendo la realidad de manera más negativa de lo que es. Sin embargo, a lo largo del tiempo, cuando ese estado de ánimo mejora, puede que pierda su rol tan potente en esta evaluación dando su lugar a elementos más relacionados con la realidad vital de los pacientes. Holloway y Carson (1999) han llegado a resultados contrarios mostrando un efecto longitudinal de los síntomas afectivos a la calidad de vida, pero estos autores han utilizado una muestra de pacientes psicóticos en general y es posible que los determinantes de la calidad de vida en la esquizofrenia sean distintos a los de otro tipo de psicosis (Ritsner et al., 2003).

La presencia de la psicopatología en su totalidad en el momento de ingreso provocaba una peor percepción de calidad de vida en los participantes, como han sugerido también estudios anteriores (Packer et al., 1997; Salomé et al., 2004). Está bien documentado que en la fase activa de la enfermedad, la psicopatología está presente en toda su intensidad, y puede causar un empeoramiento de las funciones de la persona y ejercer un efecto estresante y deshabilitador que afecta a todas las facetas de su vida (Bonder, 2004).

Tres meses después, el efecto de la psicopatología total en la percepción de la calidad de vida se pierde. Puede que a través de la aplicación de una terapia efectiva se haya conseguido el control de la psicopatología, y su efecto a la vida de los pacientes ya no es tan potente. La disminución de los síntomas hace que los pacientes valoren positivamente su terapia (Gharabawi, Greenspan, Rupnow, Kosik-Gonzalez, Bossie, Zhu et al., 2006) y es esta valoración que va a influir a su calidad de vida a largo plazo, como indican nuestros resultados. Otros estudios han sugerido el efecto de la psicopatología

total a la calidad de vida a largo plazo (Bjorkman y Hansson, 2002; Hansson y Bjorkman 2007) pero no se habían tomado en cuenta otros factores relacionados con la terapia de los pacientes.

Refiriéndose a la calidad de vida objetiva, se observa solamente una relación inversa con la sintomatología positiva en el momento de ingreso, consistente con otros estudios (Bow-Tomas et al., 1999; Górecka y Czernikiewicz, 2004; Savilla et al., 2008). Parece que los síntomas positivos obstaculizan el desarrollo de las actividades sociales y provocan reacciones negativas al contexto comunitario de la persona, afectando su calidad de vida objetiva (Caron et al., 2005b).

Tres meses después observamos la ausencia total de relaciones entre la calidad de vida objetiva y la sintomatología psicótica. La misma imagen se observó también en el estudio de Meltzer et al. (1990), en el que aunque se encontraban correlaciones entre los síntomas positivos y negativos en un primero momento, seis meses más tarde estas relaciones perdían su significación. Otros estudios han informado de influencias de la depresión (Huppert et al., 2001) y de la psicopatología total (Ruggeri et al., 2005) en la calidad de vida objetiva a largo plazo, pero estas influencias eran de efecto pequeño.

La ausencia en nuestros hallazgos de cualquier tipo de relación entre la calidad de vida objetiva y la sintomatología negativa puede parecer extraña, ya que la mayoría de los estudios han encontrado una asociación (Bengtsson-Tops et al., 2005; Kusel et al., 2007; Narváez et al., 2008) e incluso han corroborado el papel de los síntomas negativos como determinante longitudinal (Addington et al., 2003; Ho et al., 1998; Galletly et al., 1997; Gorna et al., 2008; Mueser et al., 1991). Sin embargo, la mayoría de estos estudios han utilizado la escala QLS (Heinrichs et al., 1984). Esta escala se construyó para evaluar el síndrome de déficit en los pacientes

psicóticos y este síndrome de déficit, por definición, incluye la presencia de los síntomas negativos. Por esa razón, la influencia potente de los síntomas negativos a la calidad de vida objetiva puede que refleje una redundancia en la varianza, debida a un solapamiento entre las medidas de los síntomas y este instrumento. Dos de los estudios que no han utilizado la QLS y han confirmado esta relación (Ho et al., 1998; Górna et al., 2008), han utilizado indicadores de calidad de vida elegidos por los autores y no una escala validada de calidad de vida.

La exploración de la relación entre las dimensiones psicopatológicas y la calidad de vida en el presente estudio ha mostrado que, mientras se observan asociaciones negativas en el momento de ingreso, la psicopatología inicial no juega un papel potente en la hora de determinar la calidad de vida a largo plazo. Como sugieren Eack y Newhill (2005), los estudios trasversales tienden a sobreestimar la influencia de la sintomatología en la calidad de vida, ya que el efecto de los síntomas negativos y de la psicopatología afectiva es menor en los estudios longitudinales, mostrando su disminución en el tiempo.

Del mismo modo, la contribución de los síntomas hallada en los estudios puede haber sido sobreestimada por el hecho de no haber contado con la influencia de otros factores relacionados con la calidad de vida, como han comprobado Hansson et al. (2009) y Caron et al. (2005b). Como sugieren otros autores (Hansson, 2006; Ritsner et al., 2003) incluso puede que otros factores funcionen como mediadores entre los síntomas psicóticos y la calidad de vida.

6. Satisfacción Percibida con el Tratamiento y Calidad de Vida

Uno de los factores que ha surgido como determinante longitudinal de la calidad de vida subjetiva ha sido la satisfacción

percibida con el tratamiento. Es decir, los pacientes que consideran que han recibido una asistencia satisfactoria y efectiva para sus necesidades van a percibir una mejor calidad de vida a largo plazo, en consistencia con otros estudios (Priebe y Gruyters, 1995; Ruggeri et al., 2005; Schmid et al., 2006). Hofer et al. (2004) han encontrado que una actitud negativa ante la medicación antipsicótica determinaba una peor percepción de la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia y señalan la necesidad de incluir este aspecto subjetivo a la planificación de las intervenciones. La evaluación de la satisfacción de los pacientes con la terapia que reciben puede reducir la discrepancia entre los pacientes y los profesionales, y así mejorar el resultado de la terapia. Del mismo modo, una mejor alianza terapéutica puede implicar más aceptación de la terapia y esta aceptación puede conducir a un mejor resultado, como propone Chue (2006). De hecho, se ha encontrado que los pacientes que percibían una mayor satisfacción con su terapia tenían menos ingresos involuntarios y además percibían este tipo de ingresos como más justificados a lo largo de un año, en comparación con los pacientes que no estaban conformes con su tratamiento (Priebe, Katsakou, Amos, Leese, Morriss, Rose et al., 2009).

7. Apoyo Social y Calidad de Vida

La frecuencia de contactos sociales se asocia con la calidad de vida subjetiva en el momento de ingreso, como han señalado otros autores (Bengtsson-Tops y Hansson, 2001; Caron et al., 2005b). Según Heller y Swindle (1998), la disponibilidad de las redes sociales contribuye a la sensación de tener fuentes disponibles de ayuda y apoyo emocional y puede que estos elementos provoquen una sensación de mejor calidad de vida.

Adicionalmente, la frecuencia de contactos sociales determina la calidad de vida objetiva en el momento de ingreso y tres meses

después de este, en concordancia con otros estudios (Eack et al., 2007; Gorna et al., 2004; Ruggeri et al., 2005). La importancia crucial del apoyo social se señaló por Liberman (1988) en su modelo de vulnerabilidad-estrés-afrontamiento, según el cual el apoyo social ejerce un efecto protector, minimizando las desventajas provocadas por la enfermedad y aumentando la posibilidad de una mejor adaptación al contexto ambiental. Puede que el contacto y la interacción con personas cercanas, otras de la familia, ofrezca a los pacientes la oportunidad de ejercer en cierto grado sus roles sociales y al mismo tiempo les proteja ante eventos negativos, contribuyendo así a una mejor calidad de vida objetiva.

8. Discusión Global del Modelo, Limitaciones e Implicaciones Futuras

Resumiendo, nuestro estudio comprueba que la calidad de vida es un constructo multidimensional con varias facetas, aportando evidencia sobre los distintos determinantes de la calidad de vida subjetiva y objetiva. A base de nuestros resultados hemos construido un modelo general de la calidad de vida, donde se destaca la importancia de la satisfacción con el tratamiento para la percepción de la calidad de vida y de las redes sociales para la calidad de vida objetiva.

Considerando que la psicopatología pierde su efecto a la calidad de vida tres meses después de un ingreso hospitalario, mientras la satisfacción con el tratamiento, las redes sociales, el sexo y el estado civil de los pacientes siguen teniendo un efecto longitudinal, se puede llegar a la conclusión de que la calidad de vida prospectiva de los pacientes con esquizofrenia depende más de factores que tienen que ver con la persona y su ambiente y menos de factores que se relacionan con su enfermedad en sí. No obstante, cuando los síntomas están en su fase de mayor activación perturban potentemente la calidad de vida.

Estos resultados conllevan una serie de implicaciones para la práctica clínica. La calidad de vida ha llegado a ser una parte indispensable del concepto de la salud y debería formar parte de los objetivos de cualquier intervención terapéutica, como se refleja en el modelo de efectividad de las intervenciones de Nasrallah et al. (2005). La implicación de la satisfacción con el tratamiento en la percepción de la calidad de vida hallada en el presente estudio señala la importancia de adjudicar al paciente el rol protagonista de su terapia e implicarle a la planificación del proceso terapéutico, con el fin de que éste sea efectivo.

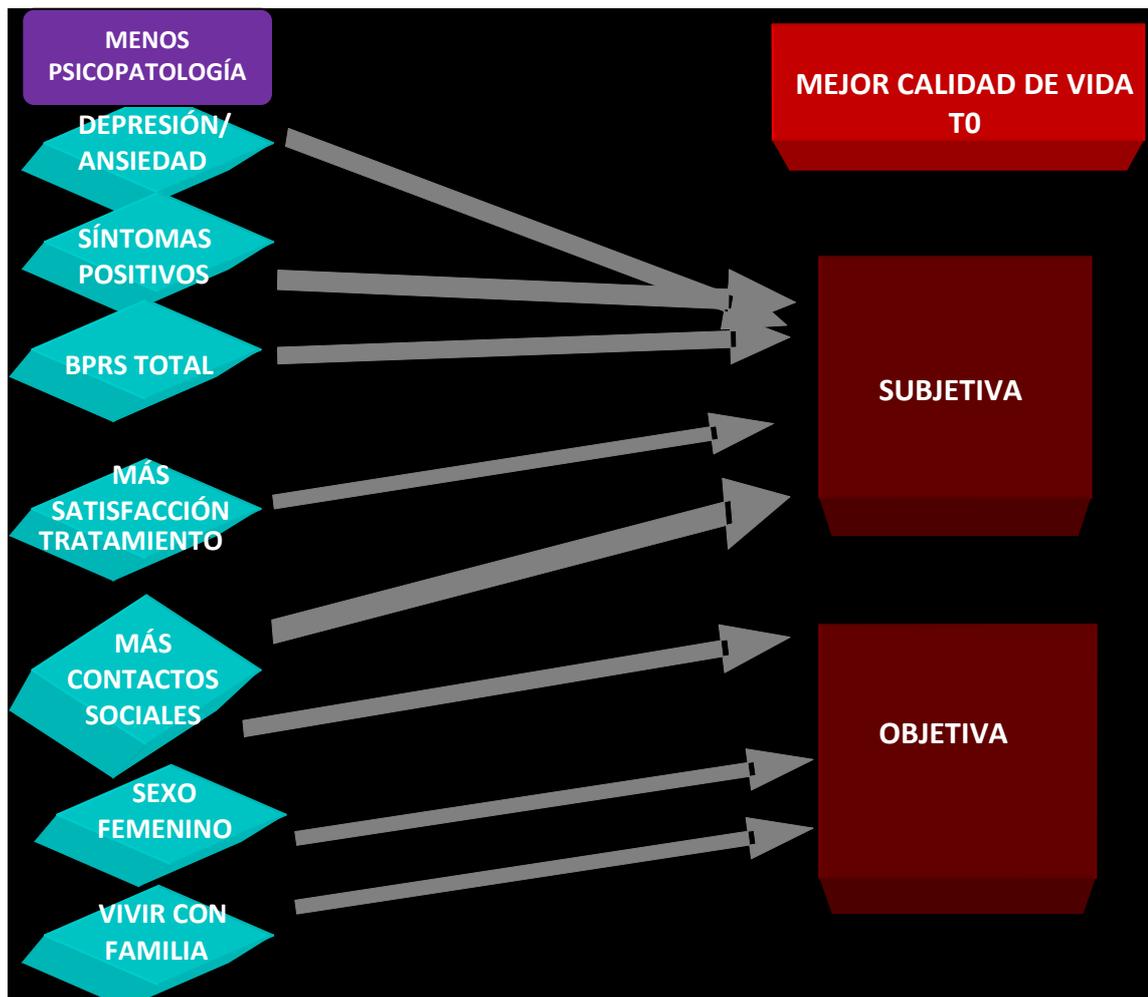
Del mismo modo, se indica la importancia de fomentar el apoyo social y promocionar el proceso de socialización de la persona para mejorar su calidad de vida objetiva. Atkinson et al. (1996) han documentado mejoras a la calidad de vida de los pacientes después de la ampliación de sus redes sociales, a través de la aplicación de programas de psicoeducación. La existencia de esta relación y el reconocimiento de las relaciones sociales significativas como un elemento del proceso de recuperación (Lieberman et al., 2002) hacen indispensable incluir en los objetivos terapéuticos el enriquecimiento de las redes sociales.

A la hora de interpretar nuestros resultados hay que tener en cuenta algunas consideraciones que limitan su generalización. Concretamente, no ha sido posible explorar los determinantes de cada ámbito de calidad de vida por separado, ya que se ha adaptado una visión genérica de la calidad de vida. Al mismo tiempo, no se ha averiguado la posible influencia de la autoestima, la autoeficacia y otros factores personales, que se han propuesto en la bibliografía como posibles determinantes de la calidad de vida. Por último, no ha sido viable tomar medidas a más puntos de tiempo, con el fin de averiguar si los determinantes longitudinales de la calidad de vida

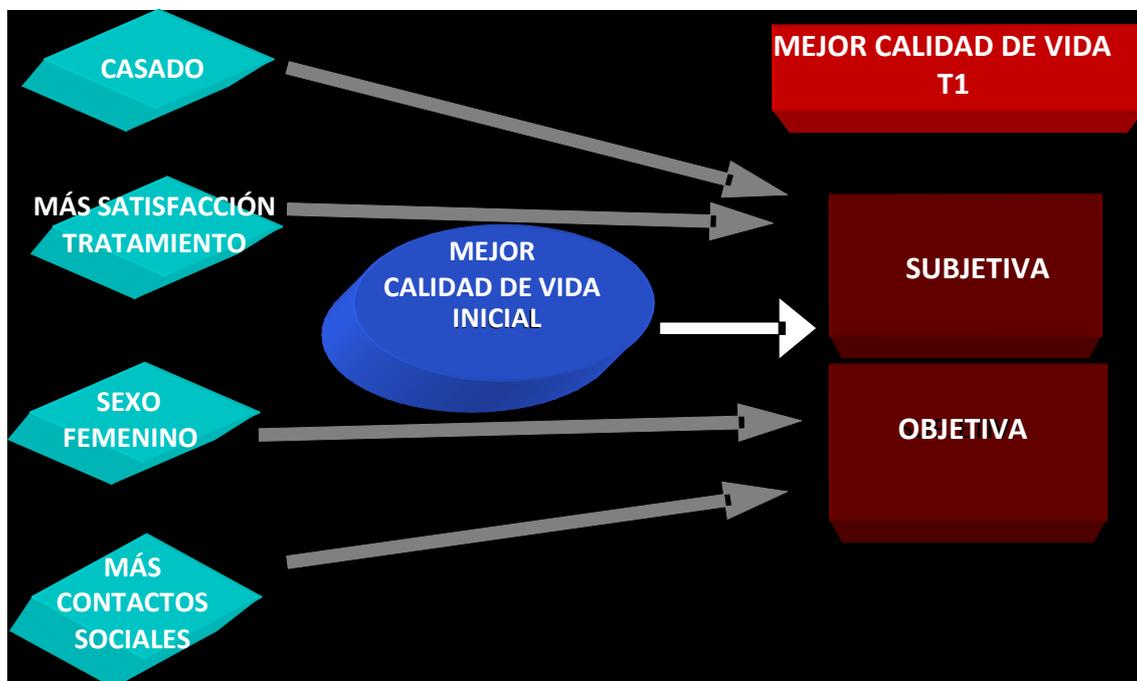
siguen ejerciendo el mismo efecto durante el curso largo de la enfermedad.

Concluyendo, a través del presente estudio se ha aportado información novedosa y con implicaciones prácticas fundamentales sobre los factores que están involucrados a la calidad de vida de los pacientes con esquizofrenia. Queda pendiente de futuras investigaciones examinar con más detención la relación de la satisfacción con los servicios y del apoyo social con la calidad de vida en cada ámbito por separado, incluyendo en sus diseños varios factores personales que pueden intervenir, utilizando muestras representativas y explorando estas relaciones a largo plazo.

MODELO DE ASOCIACIONES TRASVERSALES DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA EN EL MOMENTO DE INGRESO



MODELO DE PREDICTORES LONGITUDINALES DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Addington, J., Young, J. y Addington, D. (2003). Social outcome in early psychosis. *Psychological Medicine*, 33, 1119-1124.
- Aki, H., Tomotake, M., Kaneda, Y., Iga, J., Kinouchi, S., Shibuya-Tayoshi, S., Tayoshi, S.Y., 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, 19-25.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.) (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Albrecht, G. L. y Fitzpatrick, R. (1994). A sociological perspective on health-related quality of life research. En *Advances in Medical Sociology*, 5. *Quality of life in Health Care (pp: 1-21)*. Greenwich, CT, London, UK: Jai Press.
- Anderson, R. L. y Lewis, D. A. (2000). Quality of life of persons with severe mental illness living in an intermediate care facility. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 575-581.
- Angermeyer, M. C., Kuhn, L., Goldstein, J. M. (1990). Gender and the course of schizophrenia: differences in treated outcome. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 293-307.

- Arns, P. S. y Linney, J. A. (1993). Work, self, and life satisfaction for persons with severe and persistent mental disorders. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17, 63-79.
- 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. *American Journal of Psychiatry*, 154, 99-105.
- Awad, A. G. y Voruganti, L. N. P. (2000). Intervention research in psychosis: Issues related to the assessment of quality of life. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 557-565.
- Awad, A. G., Voruganti, L. N. P. y Heslegrave, R. J. (1997). A conceptual model of quality of life in schizophrenia: Description and preliminary clinical validation. *Quality of Life Research*, 6, 21-26.
- Baker, F. e Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Programme Planning*, 5, 69-79.
- Bankole, A. O., Cohen, C. I., Vahia, I., Diwan, S., Kehn, M., Ramirez, P. M. (2007). Factors affecting quality of life in a multiracial sample of older people with schizophrenia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 1015-1023.
- Barry, M. M. (1997). Well-being and life satisfaction as components of quality of life in mental disorders. En Katschnig, H., Freeman, H. y Sartorius, N. (Eds). *Quality of Life in Mental Disorders* (pp. 31-42). John Wiley y Sons: Chichester.

- Barry, M. M. y Zissi, A. (1997). Quality of life as an outcome in evaluating mental health services: a review of the empirical evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 38-47.
- Bebbington, P. E., Angermeyer, M., Azorin, J. M., Marwaha, S., Marteau, F. y Toumi, M. (2009). Side effects of antipsychotic medication and health-related quality of life in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119, 22-28.
- Bechdolf, A., Klosterkotter, J., Habrecht, M., Knost, B., Kuntermann, C., Schiller, S. y Pukrop, R. (2003). Determinants of subjective quality of life in post acute patients with schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253, 228-235.
- Bechdolf, A., Pukrop, R., Kohn, D., Tschinkel, S., Veith, V., Schultze-Lutter, F., Ruhrmann, S., Geyer, C., Pohlmann, B. y Klosterkotter, J. (2005). Subjective quality of life in subjects at risk for a first episode of psychosis: A comparison with first episode schizophrenia patients and healthy controls. *Schizophrenia Research*, 79, 137-143.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Garbin, M. G. (1998). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-Five Years of Evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Becker, T., Leese, M., Krumm, S., Ruggeri, M. y Vazquez-Barquero, J. L. (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.

- Beecham J. y Johnson S. (2000). The European Socio-Demographic Schedule (ESDS): rationale, principles and development. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 33-46.
- Bellack, A., Green, M., Cook, J., Fenton, W., Harvey, P., Heaton, R., et al. (2007). Assessment of community functioning in people with schizophrenia and other severe mental illnesses: A white paper based on an NIMH-sponsored workshop. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 805-822.
- Bengtsson-Tops, A. y Hansson, L. (1999). Clinical and social needs of schizophrenic outpatients living in the community: The relationship between needs and subjective quality of life. *Journal of Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 513-518.
- 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. *International Journal of Social Psychiatry*, 47, 67-77.
- Bengtsson-Tops, A., Hansson, L., Sandlund, M., Bjarnason, O., Korkeila, J., Merinder, L., Nilsson, L., Sørgaard, 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, 221-229.
- Bigelow, D. A., Brodsky, G., Stewart, L. y Olson, M. (1982). The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. En Stahler, G. J. y Tash, W. R.

- (Eds.). *Innovative approaches to mental health evaluation* (pp. 345-366). New York, Academic Press.
- Bigelow, D. A., McFarland, B. H. y Olson, M. M. (1991). Quality of life of community mental health program clients: Validating a measure. *Community Mental Health Journal*, 27(1), 43-55.
- Björkman T. y Hansson L. (2002). Predictors of improvement in quality of life of long-term mentally ill individuals receiving case management. *European Psychiatry*, 17, 33-40.
- Bobes, J. y Gonzalez, M. P. (1997). Quality of life in schizophrenia. En Katschnig, H., Freeman, H. y Sartorius, N. (Eds). *Quality of life in mental disorders* (pp. 165-178). Chichester: John Wiley y Sons.
- Bow-Tomas, C. C., Velligan, D. I., Miller, A. L. y Olsen, J. (1999). Predicting quality of life of symptomatology in schizophrenia at exacerbation and stabilization. *Psychiatry Research*, 86, 131-142.
- Bonder, B. (2004). *Psychopathology and Function*, 3a edición (pp 99-100). Danvers: Slack Incorporated.
- Braga, R. J., Mendlowicz, M. V., Marrocos, R. P. y Figueira, I. L. (2005). Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 409-414.
- Browne, S., Clarke, M., Gervin, M., Waddington, J. L., Larkin, C. O'Callaghan, E. (2000). Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 176, 173-176.

- Browne, S., Larkin, C. y O'Callaghan, E. (1999). Outcome studies in schizophrenia. *Irish Journal of Psychiatric Medicine*, *16*, 140-144.
- Browne, S., Roe, M., Gervin, M., Morris, M., Kinsella, A., Larkin, C., y O'Callaghan. (1996). A preliminary report on the effect of a psychosocial and educative rehabilitation programme on quality of life and symptomatology in schizophrenia. *European Psychiatry*, *11*, 386-389.
- Burger, G. K., Calsyn, R. J., Morse, G. A., Klinkenberg, W. D. y Trusty, M. L. (1997). Factor structure of the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale. *Journal of Clinical Psychology*, *53*, 451-454.
- Calman, K. C. (1984). Quality of life in cancer patients-an hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, *10*, 124-127.
- Campbell, A., Converse, P. E. y Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions, evaluations and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation.
- Cantril, H. (1965). The pattern of human concern. New Jersey: Rutgers University Press. En Høyer, G., Kjellin, L., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R., Nilstun, T., Sigurjónsdóttir, M., Syse, A. (2002). Paternalism and autonomy - a presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. *International Journal of Law and Psychiatry*, *25*, 93-108.
- Caron, J., Mercier, C., Diaz, P. y Martin, A. (2005a). Sociodemographic and clinical predictors of quality of life in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatry Research*, *137*, 203-214.

- Caron, J., Lecomte, Y., Strip, E. y Renaud, S. (2005b). Predictors of quality of life in schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 41, 399-417.
- Carpiniello, B., Lai, G. L., Pariante, C. M., Carta, M. G. y Rudas, N. (1997). Symptoms, standards of living and subjective quality of life: a comparative study of schizophrenic and depressed outpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 235-241.
- Cechnicki, A., Wojciechowska, A. y Valdez, M. (2007). Social network and quality of life of people suffering from schizophrenia in seven years from first hospitalisation. *Psychiatria Polska*, 41, 527-537.
- Clark, L. A., y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Conley, R. R., Ascher-Svanum, H., Zhu, B., Faries, D. E. y Kinon, B. J. (2007). The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 90, 186-197.
- Corrigan, P. W. y Buican, B. (1995). The construct validity of subjective quality of life for the severely mentally ill. *Journal of Nervous Mental Diseases*, 183, 281-285.
- Corten, P., Mercier, C., y Pelc, I. (1994). Subjective quality of life: Clinical model for assessment of rehabilitation treatment in psychiatry. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 178-183.

- Cuevas Yust, C. (2003). *Esquizofrenia, habilidades sociales y funcionamiento social*. Tesis Doctoral, Universidad de Sevilla.
- Cummins, R. A. (1992) *Comprehensive Quality of Life Scale-Intellectual Disability*, Melbourne: Psychology Research Centre.
- Davidson, L., y McGlashan, T.H. (1997). The varied outcomes of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 34-43.
- De Jong, A. (2000). Development of the International Classification of Mental Health Care (ICMHC). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 8-13
- Depla, M. F., De Graaf, R. y Heeren, T. J. (2006). The relationship between characteristics of supported housing and the quality of life of older adults with severe mental illness. *Aging and mental health*, 10, 592-598.
- Depla, M. F., De Graaf, R., van Weeghel, J. y Heeren, T. J. (2005). The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness. *International journal of geriatric psychiatry*, 20, 146-53.
- 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, 124-127.
- Dingemans, P. M. A. J., Linszen, D. H., Lenior, M. E. y Smeets, R. M. W. (1995). Component structure of the expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-E). *Psychopharmacology*, 122, 263-267.

- Eack, S. M. y Newhill, C. E. (2007). Psychiatric Symptoms and Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1225-1237.
- Eack, S. M., Newhill, C. E., Anderson, C. M., y Rotondi, A. J. (2007). Quality of life for persons living with schizophrenia: More than just symptoms. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(3), 219-222.
- Ehlert, K. y Griffiths, D. (1997). Quality of life: A matched group comparison of long stay individuals and day patients manifesting psychiatric disabilities. *Journal of Mental Health*, 5, 91-100.
- Elkinton, J. R. (1966). Medicine and the quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 64, 711-714.
- Eklund, M. y Backstrom, M. (2005). A model of subjective quality of life for outpatients with schizophrenia and other psychoses. *Quality of life Research*, 14, 1157-1168.
- Emerson, E. B. (1985). Evaluating the impact of deinstitutionalization on the lives of mentally retarded people. *American Journal of Mental Deficiency*, 90, 277-288.
- Emsley, R., Rabinowitz, J. y Torreman, M. (2003). The factor structure for the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in recent-onset psychosis. *Schizophrenia Research*, 61, 47-57.
- Endicott, J., Spitzer, R. L., Fleiss, J. L. y Cohen, J. (1976). The global assessment scale. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.

- Evans, S. (2007). Quality of life in mental health services. En Ritsner y Awad (Eds) *Quality of life impairment in schizophrenia, mood and anxiety disorders: New perspectives on Research and Treatment* (pp:333-353). Dordrecht: Springer.
- Evans, S., Banerjee, S., Leese, M. y Huxley, P. (2007) The impact of mental illness on quality of life: a comparison of severe mental illness, common mental disorder and healthy population samples. *Quality of Life Research, 16(1)*, 17-29.
- Fenton, W. S. y McGlashan, T. H. (1991). Natural history of schizophrenia subtypes: II. Positive symptoms and long term course. *Archives of General Psychiatry, 48*, 978-86.
- Fitzgerald, P. B., de Castella, R. A., Brewer, K., Folia, K., Collins, J., Williams, C. L., Davey, P. y Kulkarni, J. (2003a). A longitudinal study of patient-and observer-rated quality of life in schizophrenia. *Psychiatry Research, 119*, 55-62.
- Fitzgerald, P. B., de Castella, A. R., Brewer, K., Folia, K., Collins, J., Davey, P., Rolfe, T. y Kulkarni, J. (2003b). A confirmatory factor analytic evaluation of the pentagonal PANSS model. *Schizophrenia Research 61*, 97-104.
- Fitzgerald, P. B., Williams, C. L., Corteling, N., Folia, S. L., Brewer, K., Adams, A., de Castella, R. A., Rolfe, T., Davey, P. y Kulkarni, J. (2001). Subject and observer rated quality of life in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 103*, 387-392.

- Franz, M. (2006). Possibilities and limitations of the use of quality of life as outcome-indicator in schizophrenic patients. *Psychiatric Praxis*, 33, 317-322.
- Gaite, L., Vazquez-Barquero, J. L., Borra, C., Ballesteros, J., Schene, A., Welcher, B., Thornicroft, G., Becker, T., Ruggeri, M. y Herran, A. (2002). Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: The EPSILON study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105 (4), 283-292.
- Galletly, C. A., Clark, C. R., McFarlane, A. C. y Weber, D. L. (1997). Relationships between changes in symptom ratings, neurophysiological test performance and quality of life in schizophrenic patients treated with clozapine. *Psychiatry Research*, 72, 161-166.
- Gardner, W., Hoge, S., Bennett, N., Roth, L., Lidz, C., Monahan, J. y Mulvey, E. (1993). MacArthur Perceived Coercion Scale, MPCs en: Two scales for measuring patients' performance perceptions of coercion during hospital admission. *Behavioural Sciences and the Law*, 20, 307-321.
- Gharabawi, G. M., Greenspan, A., Rupnow, M. F. T., Kosik- Gonzalez, C., Bossie, C. A., Zhu, Y., Kalali, A. H. y Awad, A. G. (2006). Reduction in psychotic symptoms as a predictor of patient satisfaction with antipsychotic medication in schizophrenia: Data from a randomized double-blind trial. *BMC Psychiatry*, 6, 45-52.
- Goldman, H. H., Skodol, A. E., Lave. T. R. (1992). Revising Axis V for DSM-IV: A review of measures of social functioning. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1148-1156.

- Goodwin, A. M. y Madell, D. L. (2002). Measuring the quality of life of people with severe and enduring mental health problems in different settings. *Journal of Mental Health, 11*, 305-317.
- Górecka, J. E. y Czernikiewicz, A. (2004). The relationship between quality of life of schizophrenic patients and clinical parameters of psychosis. *Wiad. Lec., 57*, 408-12.
- Górna, K., Jaracz, K. y Rybakowski, F. (2005). Objective and Subjective Quality of Life in Schizophrenic Patients after First Hospitalization. *Roczniki Akademii Medycznej w Białymstoku, 50 (1)*, 225-227.
- Górna, K., Jaracz, K., Rybawoski, F. y Rybawoski, J. (2008). Determinants of objective and subjective quality of life in first-time-admission schizophrenic patients in Poland: a longitudinal study. *Quality of life Research, 17*, 237-247.
- Haas, B. (1999). A Multidisciplinary Concept Analysis of Quality of Life. *Western Journal of Nursing Research, 21, 6*, 728-742.
- Häfner, H. (2000). Onset y early course as determinants of the further course of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 100*, 105-118.
- Häfner, H. (2003) Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology, 28*, 17-54.
- Häfner, H., Maurer, K., Löffler, W., an der Heiden, W., Hambrecht, M. y Schultze-Lutter, F. (2003). Modeling the early course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin, 29*, 325-40.

- Hansson, L. (2006). Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*, 46–50.
- Hansson, L. y Björkman, T. (2007). Are factors associated with subjective quality of life in people with severe mental illness consistent over time? – A 6-year follow-up study. *Quality of life Research*, *16*, 9-16.
- 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 quality of life in schizophrenic patients living in the community: a Nordic multicentre study. *International Journal of Social Psychiatry*, *45*, 247-58.
- Hansson, L., T. Middelboe, T., Sørgaard, K. W., Bengtsson-Tops, A. Bjarnason, O. Merinder, L., Nilsson, L., Sandlund, M., Korkeila, J., 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.
- Hansson, L., Sandlund, M., Bengtsson-Tops, A., Bjarnason, O., Karlsson, H., Mackerprang, R., Merinder, L., Nilsson, L., Sorgaard, K. y Vinding, H. (2003). The relationship of needs and quality of life in persons with schizophrenia living in the community- A Nordic multi-center study. *Nordic Journal of Psychiatry*, *57* (1), 5-12.
- Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S., Roe, D., David, A. S. y Weiser, M. (2006). Insight into psychosis and quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, *47*(4), 267-271.

- Heider, D., Angermeyer, M. C., Winkler, I., Schomerus, G., Bebbington, P. E., Brugha, T., Azorin, J. y Toumi, M. (2007). A prospective study of Quality of life in schizophrenia in three European countries. *Schizophrenia Research*, 93, 194-202.
- Heinrichs, D. W., Hanlon, T. E. y Carpenter, W. T. (1984). The quality of life scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 388-398.
- 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 Psychiatric Epidemiology*, 32(5), 292-297.
- Heller, K., y Swindle, R. W. (1983). Social networks, perceived social support and coping with stress. En Felner, R. D., Jason, L. A., Moritsugu J. N., y Farber, S. S. (Dir.), *Preventive psychology: theory, research and practice* (pp. 87-103). Nueva York: Pergamon.
- 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 Neurosciences*, 22, 235-243.
- Ho, B., Nopoulos, P., Flaum, M., Arndt, S. y Andreasen, N. C. (1998). Two-year outcome in first episode of schizophrenia: Predicting value of symptoms for quality of life. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1196-1201.
- Hofer, A., Baumgartner, S., Edlinger, M., Hummer, M., Kemmler, G., Rettenbacher, M. A., Schweigkofler, H., Schwitzer, J. y Fleischhacker, W. W. (2005). Patient outcomes in schizophrenia I: correlates with

sociodemographic variables, psychopathology, and side effects. *European Psychiatry*, 20, 386–394.

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 towards medication, and side effects. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 932-939.

Holloway, F. y Carson, J. (1999). Subjective quality of life, psychopathology, satisfaction with care and insight: an exploratory study. *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 259-267.

Holloway, F. y Carson, J. (2002). Quality of life in severe mental illness. *International Review of Psychiatry*, 14, 175-184.

Høyer, G., Kjellin, L., Engberg, M., Kaltiala-Heino, R., Nilstum, T., Sigurjonsdottir, M y Syse, A. (2002). Paternalism and autonomy: a presentation of a Nordic study on the use of coercion in the mental health care system. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25, 93-108.

Huppert, J., y Smith, T. E. (2001). Longitudinal Analysis of Subjective Quality of Life in Schizophrenia: Anxiety as the Best Symptom Predictor. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 669-675.

Huppert, J. D., Weiss, K. A., Lim, R., Pratt, S. y Smith, T. E. (2001). Quality of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depression. *Schizophrenia Research*, 51, 171-180.

- Huxley, P. y Warner, R. (1992). Case management, quality of life and satisfaction with services of long-term psychiatric patients. *Hospital and Community Psychiatry, 43*, 799-802.
- Iversen, I., Hoyer, G., Sexton, H., y Gronli, O. K. (2002). Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry, 56*, 433-439.
- Jarbin, H. y Hansson, L. (2004). Adult quality of life and associated factors in adolescent onset schizophrenia and affective psychotic disorders. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology, 39*, 725-729.
- Jarema, M. y Konieczynska, Z. (2001). Quality of life in schizophrenia. Impact of psychopathology, patients' gender and antipsychotic treatment. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 5*, 19-26.
- Johnson, S., Kuhlman, R. and the EPCAT Group (2000). "The European Service Mapping Schedule (ESMS)": development of an instrument for the description and classification of mental health services. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 102*, 14-23.
- Kallert, T., Glöckner, M., Onchev, G., Raboch, J., Karastergiou, A., Solomon, Z., Magliano, L., Dembinskas, A., Kiejna, A., Nawka, P., Torres-Gonzalez, F., Priebe, S. y Kjellin, L. (2005). The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: Study design and preliminary data. *World Psychiatry, 4*, 168-172.
- Kallert, T.W., Priebe, S., McCabe, R., Kiejna, A., Rymaszewska, J., Nawka, P., et al. (2007). Are day hospitals effective for acutely ill psychiatric

patients? A European multicenter randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 278–87.

Karow, A., Moritz, S., Lambert, M., Schoder, S. y Krausz, M. (2005). PANSS Syndromes and Quality of Life in Schizophrenia. *Psychopathology*, 38, 320-326.

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.

Karow, A., Pajonk, F. G., Reimer, J., Hirdes, F., Osterwald, C. y Naber, D. (2008). The dilemma of insight into illness in schizophrenia: self- and expert-rated insight and quality of life. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 258(3), 152-159.

Katschnig, H. (2000). Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 33-38.

Katschnig, H. (2006). Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry*, 5, 139-145.

Kay, S. R., Fiszbein, A., Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.

Kay, S. R., Opler, L. A. y Fiszbein, A. (2000). *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)*. Multi-Health Systems, Toronto.

- Kay, S. R., Wolkenfeld, F. y Murrill, L. M. (1988). Profiles of aggression among psychiatric patients: II. Covariates and Predictors. *Journal of Nervous Mental Diseases*, 176, 547-57.
- Klijnsma, M. P. (2001). Assessing quality of life in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 181.
- Kopelowicz, A., Ventura, J., Liberman, R. P. y Mintz, J. (2008). Consistency of Brief Psychiatric Rating Scale Factor Structure across a Broad Spectrum of Schizophrenia Patients. *Psychopathology*, 41, 77-84.
- Kovess-Masféty, V., Xavier, M., Moreno Kustner, B., Suchoka, A., Sevilla-Dedieu, C., Dubuis, J., Lacalmontie, E., Pellet, J., Roetland, J., Walsh, D. (2006). Schizophrenia and Quality of Life: a one year follow-up in four EU countries. *BMC Psychiatry*, 6, 39-50.
- 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 Clinical Neurosciences*, 59, 163-169.
- Kusel, Y., Laugharne, R., Perrington, S., McKendrick, J., Stephenson, D., Stockton-Henderson, J., Barley, M., McCaul, R. y Burns, T. (2007). Measurement of quality of life in schizophrenia: comparison of two scales. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 42, 819-823.
- Lane, R. Quality of life and persons. (1996). En Offer, A. (Ed), *In Pursuit of the Quality of Life*. (pp: 256-293). Oxford: Oxford University.

- Lancon, C., Auquier, P., Nayt, G. y Reine, G. (2000). Stability of the five-factor structure of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). *Schizophrenia Research*, 42, 231-239.
- Lärsen, T. K., McGlashan, T. H., Johannessen, J. O., Vibe-Hansen, L. (1996). First episode schizophrenia: II. Premorbid patterns by gender. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 257-69.
- Lasalvia, A., Ruggeri, M. y Santolini, N. (2002). Subjective quality of life: its relationship with clinician-rated and patient-rated psychopathology. The South-Verona Project 6. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 275-284.
- Lauer, G. (1999). Concepts of quality of life in mental health care. En Priebe, S., Oliver, J. P. J. y Kaiser, W. (Eds). *Quality of Life and Mental Health Care*, (pp. 19-34). Philadelphia, PA: Wrightson Biomedical.
- Law, C. W., Chen, E. Y., Cheung, E. F., Chan, R. C., Wong, J. G., Lam, C. L., Leung, K. F. y Lo, M. S. (2005). Impact of untreated psychosis on quality of life in patients with first episode schizophrenia. *Quality of Life Research*, 14, 1803-1811.
- Lee, K. H., Harris, A. W., Loughland, C. M. y Williams, L. M. (2003). The five symptom dimensions and depression in schizophrenia. *Psychopathology*, 36, 226-233.
- Lehman, A. F. (1983). The well-being of chronic mental patients: Assessing their quality of life. *Archives of General Psychiatry*, 40, 369-373.

- Lehman, A. F. (1988). A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning, 11*, 51–62.
- Lehman, A. F. (1996). Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 31*, 78–88.
- Lehman, A. F. y Burns, B. (1990). Severe mental illness in the community. En Spilker B. (Ed). *Quality of life assessment in clinical trials*, (pp. 357–66). New York: Plenum Press.
- Lehman, A. F., Kernan, E., DeForse, B. R. y Dixon, L. (1995). Effects of homelessness on the quality of life of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services, 46*, 522–526.
- Lehman, A. F., Postrado, L. T., y Rachuba, L. T. (1993). Convergent validation of quality of life assessments for persons with severe mental illness. *Quality of Life Research, 2*, 327-334.
- Lehman, A. F., Slaughter, J. G., y Myers, C. P. (1992) Quality of life experiences of the chronically mentally ill: Gender and stages of life effects. *Evaluation and Program Planning, 15*, 7-12.
- Lehman, A. F., Ward, N. C. y Linn, L. S. (1982). Chronic mental patients: the quality of life issue. *American Journal of Psychiatry, 139*, 1271–1276.
- Leff, J., Dayson, D., Gooch, C., Thornicroft, G. y Wills, W. (1996). Quality of life of long-stay patients discharged from two Psychiatric institutions. *Psychiatric Services, 47*, 62-67.

- Liberman, R. P. (1988). *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington: American Psychiatric Press.
- Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J. y Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry, 14*, 256–272.
- Liddle, P. F. (1987). The symptoms of schizophrenia: a reexamination of the positive negative dichotomy. *British Journal of Psychiatry, 151*, 145-51.
- Lobana, A., Mattoo, S. K., Basu, D. y Gupta, N. (2001). Quality of life in schizophrenia in India: Comparison of three approaches. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 104*, 51-56.
- Lukoff, D., Nuechterlein, K. H. y Ventura, J. (1986). Manual for the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale. *Schizophrenia Bulletin 12*, 594-602.
- Lundberg, B., Hansson, L., Wentz, E. y Bjorkman, T. (2008). Stigma, Discrimination, Empowerment and Social Networks: a Preliminary Investigation of Their Influence On Subjective Quality of Life in a Swedish Sample. *International Journal of Social Psychiatry, 54(1)*, 47-55.
- Lykouras, L., Oulis, P., Psarros, K., Daskalopoulou, E, Botsis, A. y Christodoulou, G. N. (2000). Five-factor model of schizophrenic psychopathology: how valid is it? *European Archives of Psychiatry Clinical Neurosciences, 250*, 93–100.

- McKenna, S. P. (1997). Measuring quality of life in schizophrenia. *European Psychiatry, 12*, 267-274.
- Malla, A. K., Norman, R. M., McLean, T. S., MacDonald, C., McIntosh, E., Dean-Lashley, F., Lynch, J., Scholten, D. y Ahmed, R. (2004). Determinants of quality of life in first episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109*, 46-54.
- Malla, A. y Payne, J. (2005). First-episode psychosis: psychopathology, quality of life, and functional outcome. *Schizophrenia Bulletin, 31(3)*, 650-71.
- Marwaha, S., Johnson, S., Bebbington, P., Angermeyer, M., Brugha, T., Azorin, J. M., Kilian, R., Kornfeld, A., Toumi, M., on Behalf of the 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.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review, 50*, 370-396.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D. y Welham, J. (2008). Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence and mortality. *Epidemiologic Review, 30*, 67-76.
- Meijer, C. J., Koeter, M. W., Sprangers, M. A. y Schene, A. H. (2008). Predictors of general quality of life and the mediating role of health quality of life in patients with schizophrenia. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology, 44(5)*, 361-368.

- Melle, I., Friis, S., Haahr, U., Johannesen, J. O., Larsen, T. K., Opjordsmoen, S., Roessberg, J. I., Rund, B. R., Simonsen, E., Vaglum, P., et al. (2005). Measuring quality of life in first-episode psychosis. *European Psychiatry, 20*(7), 474-483.
- Meltzer, H. D., Burnett, S., Bastani, B. y Ramirez, L. F. (1990). Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients. *Hospital Community Psychiatry, 41*, 892-897.
- Mercier, C., Peladeau, N., y Tempier, R. (1998). Age, gender and quality of life. *Community Mental Health Journal, 34*, 487-500.
- Mercier, C., Tempier, R. y Renaud, C. (1992). Services communautaires et qualité de la vie: une étude d'impact en région éloignée. *Canadian Journal of Psychiatry, 37*(8), 553-563.
- Mueser, K. T., Douglas, M. S., Bellack, A. S. y Morrison, R. L. (1991). Assessment of enduring deficit and negative symptom subtypes in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin 17*, 565-582.
- Muldoon, M. F., Barger, S. D., Flory, J. D. y Manuck, S. B. (1998). What are quality of life measures measuring? *British Medical Journal, 316*, 542-545.
- Murray, R. M. y Van Os, J. (1998). Predictors of outcome in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 18*, 2S-4S.
- Narvaez, J. M., Twamley, E. W., McKibbin, C. L., Heaton, R. y Patterson, T. L. (2008). Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 98*, 201-208.

- Nasrallah, H. A., Targum, S. D., Tandon, R., McCombs, J. S. y Ross, R. (2005). Defining and measuring clinical effectiveness in the treatment of schizophrenia. *Psychiatric Services, 56*, 273-282.
- Nicholson, R. A., Ekenstam, C., y Norwood, S. (1996). Coercion and the outcome of psychiatric hospitalization. *International Journal of Law and Psychiatry, 19*, 201-217.
- Norholm, V. y Bech, P. (2006). Quality of life in schizophrenic patients: association with depressive symptoms. *Nordic Journal of Psychiatry, 60*, 32-37.
- Nuechterlein, K. H. y Dawson, M. E. (1984). An heuristic vulnerability/stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin, 10*, 300-12.
- Oliver, J. P. J., 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*, 76-83.
- Organización Mundial de la Salud (1994). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10).
- Organización de Naciones Unidas (ONU) (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*.
- Orley, J., Saxena, S. y Herrman, H. (1998). Quality of life and mental illness. Reflections from the perspective of the WHOQOL. *British Journal of Psychiatry, 172*, 291-293.

- Orsel, S., Akdemir, A. y Dag, I. (2004). The sensitivity of the quality of life scale WHOQOL-100 to psychopathological measures in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 57-61.
- Overall J. E. y Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Report*, 10, 799-812.
- Overall, J. E. y Klett, C. J. (1972). *Applied Multivariate Analysis*. New York: McGraw Hill.
- Packer, S., Husted, J., Cohen, S. y Tomlinson, G. (1997). Psychopathology and quality of life in schizophrenia. *Journal Psychiatry and Neurosciences*, 22, 231-234.
- Patrick, D. L. y Bergner M. (1990). Measurement of Health Status in the 1990's. *Annual Review of Public Health*, 11, 165-83.
- Patrick, D. L. y Chiang, Y. P. (2000). Measurement of health outcome in treatment effectiveness evaluations: conceptual and methodological challenges. *Medical Care*, 9, 14-25.
- Petkari, E., Salazar-Montes, A., Gutiérrez, B., Nonay, P., Torres-González, F., the EUNOMIA core Group y Cervilla, J. (en proceso). Psychopathology as a predictor of global functioning in acutely admitted patients suffering from psychosis: a study in 11 European countries.
- Pinkney, A. A., Gerber, G. J. y Lafave, H. G. (1991). Quality of life after psychiatric rehabilitation: the clients' perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 86-91.

- Poulsen, H. D. (1999). Perceived coercion among committed, detained and voluntary patients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22, 167-175.
- Priebe, S. (2007). Social outcomes in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 191, s15-s20.
- Priebe, S. y Fakhoury, W. (2008). Quality of life. En Mueser, K. y Jeste, D., (Eds). *The Clinical Handbook of Schizophrenia* (pp. 581-591). New York: The Guilford Press.
- Priebe, S., Gruyters, T., Heinze, M., et al (1995). (en alemán) Subjective criteria for evaluation of psychiatric care – methods for assessment in research and routine care. *Psychiatrische Praxis*, 22, 140 -144.
- Priebe, S., Hoffmann, K., Iserman, M. y Kaiser, W. (2002). Do long-term hospitalised patients benefit from discharge into the community? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 387-392.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S. y Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Psychiatry*, 45, 7-12.
- Priebe, S., Katsakou, C., Amos, T., Leese, M., Morriss, R., Rose, D., Wykes, T. y Yeeles, K. (2009). Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 49-54.

- Priebe, S., Roder-Wanner, U. U. y Kaiser, W. (2000). Quality of life in first-admitted schizophrenia patients: a follow-up study. *Psychological Medicine, 30*, 225-230.
- Proshansky, H. M. y Fabian, A. K. (1986). Psychological Aspects of Quality of Urban Life. En Frick, D. (Ed). *The Quality of Urban Life*, (pp. 19-29), New York: Walter de Gruyter.
- Ram, R., Bromet, E. J., Eaton, W., Pato, C. y Schwartz, J. E. (1992). The natural course of schizophrenia: A review of first admission studies. *Schizophrenia Bulletin, 18*, 185-207.
- Raulin, M. L. y Lilienfeld, S. O. (1999). Research strategies for studying psychopathology. En Millon, Blaney, y Davis (Eds). *Oxford Textbook of Psychopathology* (pp: 70). New York: Oxford University Press.
- Reine, G., Lancon, C., Di Tucci, S., Sapin, C., y Auquier, P. (2003). Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108*, 297-303.
- Richardson, M., Katsakou, C., Torres-González, F., Onchev, G., Kallert, T. y Priebe, S. (en proceso de publicación). Factorial validity and measurement equivalence of the Client's Assessment of Treatment Scale for psychiatric inpatient care – a study in three European countries.
- Ritsner, M. (2003). Predicting Changes in Domain-Specific Quality of Life of Schizophrenia Patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 191*, 287-294.

- Ritsner, M., Gibel, A., Perelroyzen, G., Kurs, R., Jabarin, M. y Ratner, Y. (2004). Quality of life outcomes of risperidone, olanzapine, and typical antipsychotics among schizophrenia patients treated in routine clinical practice: a naturalistic comparative study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24, 582-91.
- 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, 515-526.
- Ritsner, M., Kurs, R., Gibel, A., Hirschmann, S., Shinkarenko, E. y Ratner, Y. (2003). Predictors of quality of life in Major Psychoses: A Naturalistic Follow-Up Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 308-315.
- 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, 880-889.
- 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.
- Röder-Wanner, U. U., Oliver, J. P. J. y Priebe, S. (1997). Does quality of life differ in schizophrenic women and men? An empirical study. *International Journal of Social Psychiatry*, 43, 129-141.
- Röder-Wanner, U. U. y Priebe, S. (1998). Objective and subjective quality of life of first-admitted schizophrenic women and men. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 248, 250-258.

- Roseman, A. S., Kasckow, J., Fellows, I., Osatuke, K., Patterson, T. L., Mohamed, S. y Zisook, S. (2008). Insight, quality of life, and functional capacity in middle-aged and older adults with schizophrenia. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 23* (7), 760-765.
- Ruggeri, M., Bisoffi, G., Fontecedro, L. y Warner, R. (2001). Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor analytical approach: The South Verona Outcome Project 4. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science, 178*, 268-75.
- Ruggeri, M., Koeter, M., Schene, A., Bonetto, C., Vázquez-Barquero, J. L., Becker, T., Knapp, M., Knudsen, H. C., Tansella, M. y Thornicroft, G. The EPSILON study Group (2005b). Factor solution of the BPRS-expanded version in schizophrenic outpatients living in five European countries. *Schizophrenia Research 75*, 107- 117.
- Ruggeri, M., Nose, M., Bonetto, C., Cristofalo, D., Lasalvia, A., Salvi, G., Stefani, B., Malchiodi, F. y Tansella, M. (2005a). Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life. Multiwave follow-up study in community psychiatric practice. *British Journal of Psychiatry, 187*, 121-130.
- Ruggeri, M., Warner, R., Bisoffi, G. y Fontecedro, L. (2001b). Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor analytical approach. The South Verona Outcome Project 4. *British Journal of Psychiatry, 178*, 268-275.
- Salize, H. J., Bullenkamp, J., Alscher, I. y Wolf, I. (2000). Quality assurance and documentation in the communal psychiatric combine (GPV) - a standardized procedure for regional recording and steering

of community- based mental health care. *Psychiatric Praxis* 27, 92-98.

Salokangas, R. K. R., Honkonen, T., Stengård, E., Koivisto, A. M. y Hietala, J. (2002). Negative symptoms and neuroleptics in catatonic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 59, 1, 73-76.

Salomé, F., Petitjean, F., Germain, C. y Demant, J. C. (2004). The subjective quality of life of patients with schizophrenia: influence of psychopathology and patient's expectations. A comparative study. *Encephale*, 30, 60-68.

Savilla, K., Kettler, L. y Galletly, C. (2008). Relationships between cognitive deficits, symptoms and quality of life in schizophrenia. *Australian N Z Journal of Psychiatry*, 42, 496-504.

Sayers, S. L., Curran, P. J. y Mueser, K. T. (1996). Factor structure y construct validity of the scale for the assessment of negative symptoms. *Psychological Assessment*, 8, 269-80.

Schmid, R., Neuer, T., Cording, C. y Spiessl, T. (2006). Schizophrenic patients' quality of life-association with coping, locus of control, subjective well-being, satisfaction and patient-judged caregiver burden. *Psychiatric Praxis*, 33, 337-343.

Schutt, R. K. y Garrett, G. R. (1992). *Responding to the Homeless: Policy and Practice*. New York: Plenum.

Servicio Andaluz de Salud. (2008-2012). PISMA II; II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía.

- Shtasel, D. L., Gur, R. E., Gallacher, F., Heimberg, C. Cannon, T. y Gur, R. C. (1992). Phenomenology and functioning in first episode schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 449-462.
- Sim, K., Mahendran, R., Siris, S. G., Heckers, S., Chong, S. A. (2004). Subjective quality of life in first episode schizophrenia spectrum disorders with comorbid depression. *Psychiatry Research*, 129, 141-147.
- Sivadon, P. (1973). *Traité de Psychologie Médicale*. Paris: Presses Universitaires de France (P. U. F).
- Skantze, K., Malm, U., Dencker, S. J., May, P. R. A. y Corrigan, P. (1992). Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic outpatients. *British Journal of Psychiatry*, 161, 797-801.
- Skevington, S. M., Lotfy, M. y O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299-310.
- Soderberg, P., Tungstrom, S. y Armelius, B. A. (2005). Reliability of Global Assessment of Functioning Ratings Made by Clinical Psychiatric Staff. *Psychiatric Services*, 56,4, 434-438.
- Souza, L. A. y Coutinho, E. S. (2006). Associated factors to quality of life of patients with schizophrenia. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 28 (1), 50-8.

- Startup, M., Jackson, M.C. y Bendix, S. (2002). The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *British Journal of Clinical Psychology* 41, 417-422.
- Steward, A. L. y Ware J. (1992). *Measuring function and wellbeing*. Durham, N. C.: Duke University Press.
- Sullivan, G., Wells, K. B. y Leake, B. (1991). Quality of life of seriously mentally ill persons in Mississippi. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 752-755.
- Teh, C. F., Kilbourne, A. M., McCarthy, J. F., Welsh, D., y Blow, F. C. (2008). Gender differences in health-related quality of life for veterans with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 59, 663-669.
- Tempier, R., Caron, J., Mercier, C. y Leouffre, P. (1998). Quality of life of severely mentally ill individuals: A comparative study. *Community mental health journal*, 34 (5), 477-485.
- Tempier, R., Mercier, C., Leouffre, P. y Caron, J. (1997). Quality of life and social integration of severely mentally ill patients: a longitudinal study. *Journal of Psychiatry Neurosciences*, 22, 249-255.
- Testa, M. A. y Simonson, D. C. (1996). Assessment of Quality of Life Outcomes. *The New England Journal of Medicine*, 334, 835-840.
- Thara, R., Kamath, S. y Kumar, S. (2003) Women with schizophrenia and broken marriages – doubly disadvantaged? I. Patient perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, 49, 225 -232.

- Thorncroft, G. y Tansella, M. (1996). *Mental Health Outcome Measures*. New York: Springer.
- Tollefson, G. D. y Andersen, S. W. (1999). Should we consider mood disturbances in schizophrenia as an important determinants of quality of life. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 23–29.
- Tomotake, M., Kaneda, Y., Iga, J., 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, 477-87.
- Tsai, C., Bayliss, M. S. y Ware, J. E. (1997). *SF-36 Health Survey Annotated Bibliography: Second Edition (1988-1996)*. Boston, MA: Health Assessment Lab, New England Medical Center.
- Van den Oord, E. J., Rujescu, D., Robles, J. R., Giegling, I., Birrell, C., Bukszár, J., Murrelle, L., Möller, H. J., Middleton, L. y Muglia, P. (2006). Factor structure and external validity of the PANSS revisited. *Schizophrenia Research*, 82(2-3), 213-23.
- van der Does, A. J. W., Linszen, D. H., Dingemans, P. M., Nugter, M. A. y Scholte, W. F. (1993). A dimensional and categorical approach to the symptomatology of recent onset schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 744-749.
- 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.

- Velligan, D., Prihoda, T., Dennehy, E., Biggs, M., Shores-Wilson, K., Crismon, M. L., Rush, A.J., Miller, A., Suppes, T., Trivedi, M., Kashner, T. M., Witte, B., Toprac, M., Carmody, T., Chiles, J. y Shon, S. (2005). Brief Psychiatric Rating Scale expanded version: how do new items affect factor structure? *Psychiatry Research*, 135, 217-228.
- Ventura, J., Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Gutkind, D. y Gilbert, E. A. (2000). Symptom dimensions in recent onset schizophrenia and mania: a principal components analysis of the 24-item Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychiatry Research*, 97, 129-135.
- Villalta-Gil, V., Vilaplana, M., Ochoa, S., Dolz, M., Usall, J., Haro, J. M., Almenara, J., Gonzalez, J. L., Lagares, C., NEDES Group. (2006). Four symptom dimensions in outpatients with schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 47(5), 384-388.
- Voruganti, L., Heslegrave, R., Awad, A. G. y Seeman, M. V. (1998). Quality of life measurement in schizophrenia: reconciling the question for subjectivity with the question of reliability. *Psychological Medicine*, 28, 165-172.
- Ware, J. E. (1984). Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. *Cancer*, 53, 2316-2323.
- Ware, J. E. y Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): 1. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-481.

- 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, 559-569.
- Wegener, S., Redoblado-Hodge, M. A., Lucas, S., Fitzgerald, D., Harris, A. y Brennan, J. (2005). Relative contributions of psychiatric symptoms and neuropsychological functioning to quality of life in first-episode psychosis. *Australian, New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 487-492.
- Wetherell, J. L., Palmer, B. W., Thorp, S. R., Patterson, T. L., Golshan, S. y Jeste, D. V. (2003). Anxiety symptoms and quality of life in middle-aged and older outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1476-1482.
- WHOQOL Group (1994). The World Health Organisation quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Sciences Medicine*, 14, 1403-1409.
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organisation WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- 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, 263-274.
- Wilkinson, G., Hesdon, B., Wild, D., Cookson, R., Farina, C., Sharma, V. y Fitzpatrick, R. (2000). Self-report quality of life measure for people

with schizophrenia: the SQLS. *British Journal of Psychiatry*, 177, 42-47.

Wilson, I. y Cleary P. (1995). Linking Clinical variables with Health-Related Quality of Life. A conceptual model of patient outcomes. *Journal of American Medicine Association*, 4, 59-65.

Wolthaus, J. E., Dingemans, P. M., Schene, A. H., Linszen, D. H., Knegtering, H., Holthausen, E. A., Cahn, W. y Hijman, R. (2000). Component structure of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in patients with recent onset schizophrenia and spectrum disorders. *Psychopharmacology (Berlin)* 150, 399-403.

Wood-Dauphinee S. y Williams, J. (1987). Reintegration to normal living as a proxy to quality of life. *Journal of Chronic Disability*, 40, 491-499.

Xiang, Y. T., Weng, Y. Z., Leung, C. M., Tang, W. K. y Ungvari, G. S. (2007). Impact of sociodemographic and clinical factors on subjective quality of life in schizophrenia patients in Beijing, China. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 853-856.

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 Clinical Neurosciences*, 62, 404-411.

Yen, C. F., Cheng, C. P., Huang, C. F., Yen, J. Y., Ko, C. H. y Chen, C. S. (2008). Quality of life and its association with insight, adverse effects of medication and use of atypical antipsychotics in patients with

bipolar disorder and schizophrenia in remission. *Bipolar Disorders*, 10, 5, 617-624.

Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J. y Williams, D. (1986). The overt aggression scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143, 35-39.

Zissi, A., Barry, M. M. y Cochrane, R. (1998). A meditational model of quality of life for individuals with severe mental health problems. *Psychological Medicine*, 28, 1221-1230.

Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.

ANEXO



Arán Ediciones S. L. certifica que el artículo **Calidad de vida y su relación con la psicopatología en pacientes psicóticos** del que Dña. Eleni Petkari es primera autora, ha sido aceptado y está pendiente de publicación en la **Revista Anales de Psiquiatría**.

Y para que así conste donde proceda, se firma el presente certificado en Madrid a 10 de febrero de 2010.


Departamento editorial
Arán Ediciones S. L.
Ediciones S.L. C.I.F. 280000000 Madrid

1. Artículo en proceso de publicación

CALIDAD DE VIDA Y SU RELACIÓN CON LA PSICOPATOLOGÍA EN PACIENTES PSICÓTICOS

Eleni Petkari y Jorge Cervilla Ballesteros

CIBERSAM, Facultad de Medicina, Universidad de Granada

Resumen

La relación entre la calidad de vida y la sintomatología psicótica está bastante explorada pero apenas determinada. El objetivo de este artículo es hacer una revisión de los estudios que tratan de la calidad de vida en los pacientes psicóticos, aclarando además los hallazgos sobre su relación con la sintomatología. Se hace referencia a los diferentes conceptos de la calidad de vida encontrados en la bibliografía (objetiva, subjetiva, relacionada con la salud), a los estudios tratados del tema en el área de la psicosis y a las medidas más utilizadas para su evaluación en los pacientes psicóticos. Asimismo, se presentan los modelos teóricos y los hallazgos empíricos de los determinantes de la calidad de vida en la psicosis. Finalmente, se enfoca a los resultados de los estudios que han intentado averiguar la relación específica entre la sintomatología de estos pacientes y los diferentes conceptos de la calidad de vida.

Palabras clave: **calidad de vida, sintomatología, pacientes psicóticos**

Abstract

The relationship between quality of life and psychotic symptoms could be considered fairly studied but not very well determined. The purpose of this article is to review the studies that refer to the quality of life of mental patients, clarifying the various results about its relationship with symptomatology. The article discusses the different concepts of quality of life met in bibliographic sources (objective, subjective, health-related), the findings of the studies

exploring the phenomenon in the field of mental health and the instruments most frequently used for its evaluation with this type of patients. In addition, theoretical models and empirical results about the determinants of quality of life in psychosis are exposed. Lastly, particular focus is made on the results of the studies that attempted to shed some light on the specific relationship between psychotic symptomatology and the different concepts of quality of life.

Key words: quality of life, symptomatology, mental patients

Calidad de vida

El concepto de calidad de vida es uno de los conceptos más estudiados desde diversas perspectivas científicas, incluida la medicina. Desde esta última, el interés ha dejado de ser la simple prolongación de vida de los usuarios de sus servicios, y se ha ampliado adaptando una perspectiva biopsicosocial, incluyendo la búsqueda de medios para la mejora de calidad de vida de sus usuarios. En la bibliografía habitualmente se encuentran dos dimensiones de la calidad de vida, que son la objetiva y la subjetiva. Con frecuencia se utiliza la combinación de estos dos, para obtener una visión más global del fenómeno. Aparte, muchos autores se refieren a la calidad de vida relacionada con la salud.

La calidad de vida objetiva incluye las condiciones de vida de la persona, elementos del ambiente en el que vive, su funcionamiento social y el cumplimiento de varios roles [1]. Así que se define como el estado funcional de la persona y sus oportunidades para acceder a recursos y oportunidades [2]. El nivel de calidad de vida depende de la presencia o ausencia de indicadores objetivos como el empleo, el hogar y la situación financiera, el tamaño y la naturaleza de la red social de la persona y las oportunidades para tener en su posesión ciertos bienes materiales [3].

El concepto de calidad de vida subjetiva se refiere a la sensación que tiene cada persona de bienestar, de satisfacción con su vida, de felicidad o tristeza [4]. Además, se refiere a la percepción que tiene la persona de las circunstancias objetivas de su vida o el ajuste entre las características de su ambiente y sus expectativas y necesidades, tal y como percibe este ajuste [5]. Según Lehman [6], la calidad de vida subjetiva y objetiva son dos aspectos diferentes pero

complementarios del mismo fenómeno. Por esa razón se tendrían que evaluar ambos simultáneamente, y así tener una perspectiva global de éste.

Cuando se habla de la calidad de vida relacionada con la salud, se enfoca en aspectos de la salud y en las actividades que están afectadas por el estado de ésta, o por los servicios ofrecidos [7]. La Organización Mundial de la Salud, a través de su proyecto de Calidad de Vida [8] ha definido el fenómeno como *la percepción individual de la persona sobre la posición que tiene en la vida, en el contexto de sistemas de cultura y de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto amplio en el cual influyen la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y las relaciones con las características del ambiente de la persona* [8].

Calidad de vida en salud mental

La calidad de vida en los pacientes psicóticos representa el resultado de la interacción entre el paciente y su enfermedad, la terapia de ésta, su impacto psicológico y sus consecuencias sociales [9]. Así que se refiere al efecto funcional de la propia enfermedad y de su terapia, tal y como lo percibe el paciente, incluyendo tanto indicadores objetivos como subjetivos.

La relación entre estos indicadores se ha comprobado ser más bien moderada, teniendo un rango de valor de 0.04 a 0.57, según la revisión de Priebe y Fakhoury [10]. Dando por hecho que no existe un criterio externo que podría anular la experiencia subjetiva de la persona y la evaluación de su situación, esta falta de concordancia se atribuiría más bien a los constructos diferentes que miden los indicadores objetivos y subjetivos [11] y no a la falta de fiabilidad de los autoinformes [12]. En general los estudios indican que los pacientes tienen una percepción de su calidad de vida bastante positiva, pero cuando se comparan con muestras de población general u otros grupos de enfermedad mental común, sus niveles de calidad de vida se muestran más bajos [4].

Comparando pacientes en diferentes estadios de su enfermedad, los estudios muestran que los pacientes crónicos tienen niveles más bajos de calidad de vida objetiva [13] pero más altos de calidad de vida subjetiva [14], en comparación con los que acaban de tener su primer

episodio. Según la revisión de Barry y Zissi [15], los pacientes que viven en la comunidad presentan niveles más altos de calidad de vida, objetiva y subjetiva, que los pacientes hospitalizados. Asimismo, los pacientes que cambian de un dispositivo hospitalario a uno en la comunidad presentan mejorías en su calidad de vida objetiva y subjetiva,

Medidas de calidad de vida

Construidos a base de las diversas teorías sobre la manera más adecuada para medir el concepto de calidad de vida, los instrumentos para medirla se dividen en tres categorías: instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud, específicos de la enfermedad e instrumentos genéricos.

Los *instrumentos relacionados con la salud* tienen como objetivo evaluar la calidad de vida en grupos de poblaciones que tienen problemas de salud, independientemente del tipo de problema. Los más utilizados con pacientes psicóticos son el Short-Form General Health Survey (SF-36; [16]) y el World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL-100 y Bref; [17]), lo cual se construyó a base del proyecto de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud [8].

Los *instrumentos específicos de la enfermedad* se han construido con el fin de evaluar la calidad de vida específicamente en pacientes con esquizofrenia, e incluyen ítems que miden los síntomas y los efectos secundarios de la enfermedad. Algunos ejemplos son el Quality of Life Scale (QLS; [18]), que se desarrolló para evaluar el síndrome deficitario en estos pacientes y el Schizophrenia Quality of Life Scale (SQLS; [19]), que es una escala multidimensional que se diseñó a base de entrevistas en los mismos los pacientes.

Los *instrumentos genéricos* se pueden utilizar independientemente del estado de salud de la población en la cual se aplican. Los más utilizados con pacientes psicóticos son el Quality of Life Interview (QOLI; [20]), que evalúa las circunstancias de la vida de los pacientes, respecto a sus experiencias (calidad de vida objetiva) y a su propia percepción de ésta (calidad de vida subjetiva). El Lancashire Quality of Life Profile (LQLP; [21]), que se ha construido a base del QOLI, lo cual se modificó para reflejar las diferencias culturales y adaptarse a la

sociedad Británica, y el Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA; [22]), que se podría considerar una versión mejorada del LQOLP, minimizando las desventajas que presentaba este último.

Modelos teóricos de calidad de vida

Con el objetivo de examinar los factores que determinan la calidad de vida en los pacientes psicóticos, se han desarrollado varios modelos teóricos. Uno de los primeros modelos y con importancia crucial, ha sido el *modelo jerárquico* de Lehman [23], que el autor ha propuesto en su intento de combinar los indicadores objetivos y subjetivos de calidad de vida y concretar sus determinantes. Para definir el concepto de calidad de vida subjetiva global, identifica tres tipos de determinantes que aplican su influencia por separado. Éstos son las características personales, los indicadores objetivos de calidad de vida en cada ámbito de la vida por separado y los indicadores subjetivos en cada ámbito.

Awad, Voruganti y Heslegrave [24] han propuesto un *modelo multidimensional* específico de la calidad de vida en pacientes esquizofrénicos que recibían terapia farmacéutica. Según estos autores, la calidad de vida es la percepción de la persona en cuanto a la interacción entre la severidad de los síntomas psicóticos, los efectos secundarios de la medicación y la respuesta subjetiva a estos, y el nivel del rendimiento psicosocial. En esta interacción puede que influyan otros factores, como son las características personales.

Barry [25] ha formulado un *modelo mediacional*. Según este modelo, la percepción de calidad de vida es el resultado de un proceso de evaluación, en el cual influyen tanto las condiciones objetivas de la vida como una serie de variables mediadoras, que consisten en características personales y clínicas y constructos relacionados con uno mismo (la autoeficacia, la autoestima y el control percibido).

Ritsner et al. [26] han propuesto un *modelo de Distress-Protección*. Este modelo apoya la idea de que la calidad de vida subjetiva es el resultado de la interacción entre factores que provocan distress (el estrés psicológico, los eventos negativos de la vida, los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios de la medicación) y factores protectores (el apoyo social,

el estilo de afrontamiento orientado hacia la acción o la evitación, la autoeficacia, la autoestima y la conciencia de la enfermedad). La calidad de vida subjetiva disminuye cuando los factores de distress superan los factores protectores y viceversa.

Eklund y Backstrom [27], han planteado un modelo de *calidad de vida subjetiva* de los pacientes psicóticos que viven en la comunidad. Según el modelo, las condiciones objetivas de la vida junto con el nivel de actividades tienen un efecto en la calidad de vida. Este efecto está medido por la conciencia de uno mismo, la satisfacción con las actividades diarias, la psicopatología y la satisfacción con los servicios médicos.

Determinantes de la calidad de vida

Varios estudios empíricos han intentado examinar el papel de los factores que determinan la calidad de vida subjetiva de los pacientes psicóticos. En cuanto a los factores demográficos, los estudios han llegado a resultados contradictorios, otros mostrando que las mujeres tienen una menor percepción de la calidad de vida [28] y otros lo contrario [29]. Lo mismo con el aumento de edad, otros mostrando que contribuye en tener una percepción menor de la calidad de vida [30] y otros lo contrario [29]. En cuanto a la educación, otros estudios han mostrado que mayor nivel educativo significa mejor calidad de vida [29,30], mientras otros han indicado lo contrario [31].

Del mismo modo, se ha destacado la influencia de variables del entorno, como la red social [32], el apego y el reconocimiento de valor [31] y el apoyo social percibido [33-34], que se han mostrado tener un impacto positivo en la calidad de vida. Del otro lado, los eventos estresantes de la vida [31,34] y el afrontamiento negativo [33,35] se han mostrado tener un efecto negativo en la calidad de vida subjetiva de los pacientes psicóticos. De los factores clínicos, se ha señalado la influencia negativa de los efectos secundarios de la medicación [24,34], de la conciencia de la enfermedad [36], del estigma [37], del tiempo de hospitalización [30-31] y de las necesidades no cubiertas de los pacientes [32]. Por último, uno de los factores que más se ha estudiado como determinante de la calidad de vida son los síntomas psicóticos.

Algunos estudios han indicado la influencia mayor de otros factores [31, 34-35], mientras otros apoyan la influencia imprescindible de los síntomas de la enfermedad [24, 28, 32-33].

Calidad de Vida y Psicopatología en Psicosis

Las escalas que se utilizan principalmente en los estudios para evaluar los síntomas en los pacientes psicóticos son la BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale; [38]) y la PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale; [39]). La BPRS [38] se construyó para hacer una evaluación rápida de los síntomas en pacientes con esquizofrenia. La solución más consistente en cuanto a sus dimensiones psicopatológicas parece ser la de 4 factores, siendo estos *Síntomas Negativos, Positivos, Ansiedad-Depresión y Excitación Maniaca-Desorganización*, tanto para pacientes provenientes de diferentes países (Estudio EPSILON [40]) como para pacientes con diferentes diagnósticos [41] en diferentes estadios de la enfermedad [42] e independientemente de sus características sociodemográficas [43].

La escala PANSS [39] es una versión extendida del BPRS que clasifica los síntomas en síntomas positivos, negativos y psicopatología general. Sin embargo, a través de sus 30 ítems se evalúan muchos síntomas que no pertenecen a ninguna de estas tres categorías. En cuanto a la estructura del instrumento hay una gran variabilidad tanto en la solución de factores propuestos, como en los ítems que se reúnen en cada factor. La solución más consistente parece ser la de 5 factores, aunque éstos difieren según el estudio [44-46]. En términos generales los autores están de acuerdo en cuanto a las dimensiones de los *Síntomas Negativos, Síntomas Positivos, Excitación/Activación y Depresión/Ansiedad/Disforia*.

Los estudios sobre la relación entre la sintomatología y la calidad de vida han comprobado la relación negativa que mantienen los síntomas psicóticos con la calidad de vida, pero sus resultados sobre la fuerza de dicha relación han sido mixtos. Además, ha sido difícil concretar cuáles de las dimensiones psicopatológicas tienen un efecto en la calidad de vida y en cuáles de sus aspectos. Las razones por ello se podrían atribuir a la utilización de diferentes

conceptos de la calidad de vida (relacionada con la salud, objetiva, subjetiva), a los instrumentos para su evaluación y a la metodología utilizada.

Estudiando las relaciones entre la calidad de vida relacionada con la salud y los síntomas psicóticos, algunos estudios han mostrado la influencia de los síntomas negativos [47], otros de los síntomas positivos [48] y de la ansiedad [49]. De manera más consistente se ha destacado el papel determinante de los síntomas de depresión [48, 50-52] y de la psicopatología general, es decir del conjunto de síntomas de ansiedad y depresión. Sin embargo hacen falta más estudios con diseño longitudinal, ya que solamente dos de estos estudios han utilizado este tipo de diseño [47, 50] y también estudios de comparación con otras poblaciones, para poder obtener una imagen consistente del fenómeno.

Pocos son los estudios que han explorado la relación entre la sintomatología psicótica y la calidad de vida objetiva exclusivamente. La mayoría parece que ha corroborado el papel como determinante de los síntomas negativos de manera longitudinal [47, 53-54]. Este hallazgo no es sorprendente, ya que la mayoría de los estudios ha utilizado la escala QLS [18], la cual se construyó para evaluar el síndrome de déficit en los pacientes psicóticos. Y este síndrome de déficit, por definición, incluye la presencia de los síntomas negativos. Así que la influencia potente de los síntomas negativos puede que refleje una redundancia en la varianza, debida a un solapamiento entre las medidas de los síntomas y este instrumento. Otros estudios han mostrado la influencia de los síntomas positivos y negativos a la vez, de manera longitudinal [55-56] y trasversal [57]. Aparte de esto, en casi todos los estudios se observa la ausencia de la influencia de otro tipo de síntomas, como de los de depresión, la ansiedad o la excitación.

Partiendo de la idea de que la percepción del propio sujeto sobre sus experiencias vitales es lo que importa, varios estudios han enfocado su investigación en la relación entre la sintomatología y calidad de vida subjetiva en exclusivo. Algunos han encontrado poca o ninguna relación entre estos dos constructos [58-59], mientras que los que sí han hallado una

relación, han destacado la dimensión de la depresión como determinante de la calidad de vida. Para algunos estudios en esta dimensión se abarcan tanto los síntomas depresivos, como de ansiedad [60-63] mientras en otros se separa el efecto de estos síntomas en dos dimensiones [64-65]. Además, otros estudios han mostrado la influencia mayor de otros factores, como del apoyo social [31] o factores personales [34-35].

Considerando el fenómeno de la calidad de vida como multidimensional, en numerosos estudios se han intentado explorar tanto los determinantes de la calidad de vida objetiva, como de la subjetiva, utilizando instrumentos que evaluaban ambos tipos de indicadores. Algunos han confirmado los resultados de los estudios que han investigado sus dimensiones por separado, mostrando que la dimensión de la depresión explicaba la mayor parte de la varianza de la calidad de vida subjetiva, mientras que la dimensión de los síntomas negativos era el predictor más fuerte de la calidad de vida objetiva. [66-68]. Otros han mostrado que la depresión predecía tanto la calidad de vida subjetiva como la objetiva de manera transversal [69] y longitudinal [70]. Estos resultados difieren de aquellos sacados por los estudios que han explorado los determinantes de la calidad de vida objetiva en exclusivo. Y esto porque cuando se utiliza una escala que evalúa ambos tipos de indicadores, se destaca tanto el papel de la sintomatología negativa como de la dimensión de depresión.

Según los resultados de un meta análisis de 56 estudios [71], se observan relaciones negativas pero de efecto pequeño entre los síntomas positivos y la calidad de vida relacionada con la salud y la calidad de vida subjetiva. Además, relaciones negativas moderadas entre los síntomas negativos y la calidad de vida relacionada con la salud y la calidad de vida subjetiva y una relación fuerte negativa entre esta sintomatología y la calidad de vida objetiva. Del otro lado, se observa una relación fuerte negativa entre la psicopatología general y la calidad de vida relacionada con la salud y relaciones moderadas entre esta sintomatología y la calidad de vida objetiva y subjetiva. El efecto de los síntomas negativos y de la psicopatología general es menor en los estudios longitudinales, mostrando su disminución en el tiempo, mientras el efecto de los síntomas positivos, aunque pequeño, parece no cambiar con el tiempo.

Discusión

En resumen, a pesar de que se ha explorado ampliamente la relación entre la psicopatología psicótica y la calidad de vida, existen muchas lagunas en cuanto a la naturaleza real de su relación. Referente a la influencia de la psicopatología general, ésta se utiliza mayoritariamente como un conjunto, ya que los síntomas de depresión y ansiedad se encuentran formando parte de la misma dimensión psicopatológica, denominada Depresión o Depresión/Ansiedad o Psicopatología General, hecho que hace imposible averiguar la influencia de la depresión y la ansiedad por separado. En términos generales se observa la influencia de la dimensión de la depresión en la calidad de vida relacionada con la salud y la calidad de vida subjetiva. Los síntomas negativos parecen funcionar como determinantes de la calidad de vida objetiva, mientras que el papel de los síntomas positivos no parece destacarse con frecuencia a través de los estudios. A la falta de consistencia en los factores de psicopatología estudiados y en las dimensiones de la calidad de vida, se añade la escasa presencia de estudios longitudinales con un diseño metodológico eficaz.

Por esa razón, se hace necesario seguir investigando esta relación, aplicando diseños longitudinales en muestras representativas de pacientes psicóticos y además separando entre los diferentes constructos que se refieren a la calidad de vida (objetiva, subjetiva y relacionada con la salud). Aparte de esto, queda indispensable utilizar una división bien definida de los factores psicopatológicos, con el fin de determinar la naturaleza exacta de la relación de cada uno de ellos con la calidad de vida.

Bibliografía

1. Katschnig, H. Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry*, 5, 139-145, 2006.
2. Lehman, A. F. Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 78–88, 1996
3. Organización de Naciones Unidas (ONU). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966.
4. Baker, F. e Intagliata, J. Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Programme Planning*, 5, 69–79, 1982
5. Anderson, R. L. y Lewis, D. A. Quality of life of persons with severe mental illness living in an intermediate care facility. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 575-581, 2000
6. Lehman, A. F. A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 11, 51–62, 1988.
7. Patrick, D. L. y Chiang, Y. P. Measurement of health outcome in treatment effectiveness evaluations: conceptual and methodological challenges. *Medical Care*, 9, 14–25, 2000
8. WHOQOL Group. The World Health Organisation quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Sciences Medicine*, 14, 1403-1409, 1994
9. Awad, A. G. y Voruganti, L. N. P. Intervention research in psychosis: Issues related to the assessment of quality of life. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 557-565, 2000
10. Priebe, S. y Fakhoury, W. Quality of life. En: *The Clinical Handbook of Schizophrenia* (Mueser, K. y Jeste, D., editores). Guilford, in press, 2007
11. Bengtsson-Tops, A., Hansson, L., Sandlund, M., Bjarnason, O., Korkeila, J., Merinder, L., Nilsson, L., Sørgaard, K. W., Vinding, H. R. y Middelboe, T. 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, 221-229, 2005

12. Voruganti, L., Heslegrave, R., Awad, A. G. y Seeman, M. V. Quality of life measurement in schizophrenia: reconciling the quest for subjectivity with the question of reliability. *Psychological Medicine*, 28, 165-172, 1998
13. Shtasel, D. L., Gur, R. E., Gallacher, F., Heimberg, C. Cannon, T. y Gur, R. C. Phenomenology and functioning in first episode schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 449-462, 1992
14. Röder-Wanner, U. U. y Priebe, S. Objective and subjective quality of life of first-admitted schizophrenic women and men. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 248, 250-258, 1998.
15. Barry, M. M. y Zissi, A. Quality of life as an outcome in evaluating mental health services: a review of the empirical evidence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 38-47, 1997
16. Ware, J. E. y Sherbourne, C. D. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): 1. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-481, 1992
17. WHOQOL Group. Development of the World Health Organisation WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558, 1998
18. Heinrichs, D. W., Hanlon, T. E. y Carpenter, W. T. The quality of life scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 388-398, 1984
19. Wilkinson, G., Hesdon, B., Wild, D., Cookson, R., Farina, C., Sharma, V. y Fitzpatrick, R. Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. *British Journal of Psychiatry*, 177, 42-47, 2000
20. Lehman, A. F. A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning*, 11, 51-62, 1988
21. Oliver, J. P. J., Huxley, P. J., Priebe, S. y Kaiser, W. Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 76-83, 1997

22. Priebe, S., Huxley, P., Knight, S. y Evans, S. Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Psychiatry*, 45, 7-12, 1999
23. Lehman, A. F. The well-being of chronic mental patients: Assessing their quality of life. *Archives of General Psychiatry*, 40, 369-373, 1983
24. Awad, A. G., Voruganti, L. N. P. y Heslegrave, R. J. A conceptual model of quality of life in schizophrenia: Description and preliminary clinical validation. *Quality of Life Research*, 6, 21-26, 1997
25. Barry, M. M. Well-being and life satisfaction as components of quality of life in mental disorders. En *Quality of Life in Mental Disorders* (H. Katschnig, H., Freeman, H. y Sartorius, N. editores), pp. 31-42. John Wiley y Sons: Chichester, 1997
26. Ritsner, M., Modai, I., Endicott, J., Rivkin, O., Nechamkin, Y., Barak, P., Goldin, V. y Ponizovsky, A. Differences in quality of life domains and psychopathologic and psychosocial factors in psychiatric patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 880-889, 2000
27. Eklund, M. y Backstrom, M. A model of subjective quality of life for outpatients with schizophrenia and other psychoses. *Quality of life Research*, 14, 1157-1168, 2005
28. Hofer, A., Baumgartner, S., Edlinger, M., Hummer, M., Kemmler, G., Rettenbacher, M. A., Schweigkofler, H., Schwitzer, J. y Fleischhacker, W. W. Patient outcomes in schizophrenia I: correlates with sociodemographic variables, psychopathology, and side effects. *European Psychiatry*, 20, 386-394, 2005
29. Ruggeri, M., Nose, M., Bonetto, C., Cristofalo, D., Lasalvia, A., Salvi, G., Stefani, B., Malchiodi, F. y Tansella, M. Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life. Multiwave follow-up study in community psychiatric practice. *British Journal of Psychiatry*, 187, 121-130, 2005a

30. Caron, J., Mercier, C., Diaz, P. y Martin, A. Socio-demographic and clinical predictors of quality of life in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatry Research*, 137, 203-214, 2005a
31. Caron, J., Lecomte, Y., Strip, E. y Renaud, S. Predictors of quality of life in schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 41, 399-417, 2005b
32. Hansson, L. y Björkman, T. Are factors associated with subjective quality of life in people with severe mental illness consistent over time? – A 6-year follow-up study. *Quality of life Research*, 16, 9-16, 2007
33. Bechdolf, A., Klosterkötter, J., Habrecht, M., Knost, B., Kuntermann, C., Schiller, S. y Pukrop, R. Determinants of subjective quality of life in post acute patients with schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253, 228-235, 2003
34. Ritsner, M. Predicting Changes in Domain-Specific Quality of Life of Schizophrenia Patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 287-294, 2003
35. Ritsner, M., Kurs, R., Gibel, A., Hirschmann, S., Shinkarenko, E. y Ratner, Y. Predictors of quality of life in Mayor Psychoses: A Naturalistic Follow-Up Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 308-315, 2003
36. Karow, A., Pajonk, F. G., Reimer, J., Hirdes, F., Osterwald, C. y Naber, D. The dilemma of insight into illness in schizophrenia: self- and expert-rated insight and quality of life. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 258(3), 152-159, 2008
37. Depla, M. F., De Graaf, R., van Weeghel, J. y Heeren, T. J. The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness. *International journal of geriatric psychiatry*, 20, 146-53, 2005
38. Overall J. E. y Gorham, D. R. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Report*, 10, 799-812, 1962
39. Kay, S.R., Fiszbein, A., Opler, L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276, 1987

40. Ruggeri, M., Koeter, M., Schene, A., Bonetto, C., Vázquez-Barquero, J. L., Becker, T., Knapp, M., Knudsen, H. C., Tansella, M. y Thornicroft, G. The EPSILON study Group. Factor solution of the BPRS-expanded version in schizophrenic outpatients living in five European countries. *Schizophrenia Research* 75, 107–117, 2005b
41. Ventura, J., Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Gutkind, D. y Gilbert, E. A. Symptom dimensions in recent-onset schizophrenia and mania: a principal components analysis of the 24-item Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychiatry Research*, 97, 129-135, 2000
42. (Kopelowicz, A., Ventura, J., Liberman, R. P. y Mintz, J. Consistency of Brief Psychiatric Rating Scale Factor Structure across a Broad Spectrum of Schizophrenia Patients. *Psychopathology*, 41, 77-84, 2008
43. Velligan, D., Prihoda, T., Dennehy, E., Biggs, M., Shores-Wilson, K., Crismon, M. L., Rush, A.J., Miller, A., Suppes, T., Trivedi, M., Kashner, T. M., Witte, B., Toprac, M., Carmody, T., Chiles, J. y Shon, S. Brief Psychiatric Rating Scale expanded version: how do new items affect factor structure? *Psychiatry Research*, 135, 217–228, 2005
44. White, L., Harvey, P. D., Opler, L. y Lindenmayer, J. P. 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, 263–274, 1997
45. Wolthaus, J. E., Dingemans, P. M., Schene, A. H., Linszen, D. H., Knegtering, H., Holthausen, E. A., Cahn, W. y Hijman, R. Component structure of the positive and negative syndrome scale (PANSS) in patients with recent-onset schizophrenia and spectrum disorders. *Psychopharmacology (Berlin)*, 150, 399–403, 2000
46. Salokangas, R. K. R., Honkonen, T., Stengård, E., Koivisto, A. M. y Hietala, J. Negative symptoms and neuroleptics in catatonic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 59, 1, 73-76, 2002

47. Górna, K., Jaracz, K., Rybawoski, F. y Rybawoski, J. Determinants of objective and subjective quality of life in first-time-admission schizophrenic patients in Poland: a longitudinal study. *Quality of life Research*, 17, 237-247, 2008
48. Xiang, Y. T., Weng, Y. Z., Leung, C. M., Tang, W. K. y Ungvari, G. S. Impact of sociodemographic and clinical factors on subjective quality of life in schizophrenia patients in Beijing, China. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 853-856, 2007
49. Wetherell, J. L., Palmer, B. W., Thorp, S. R., Patterson, T. L., Golshan, S. y Jeste, D. V. Anxiety symptoms and quality of life in middle-aged and older outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1476-1482, 2003
50. Jarema, M. y Konieczynska, Z. Quality of life in schizophrenia. Impact of psychopathology, patients' gender and antipsychotic treatment. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 5, 19-26, 2001
51. Wegener, S., Redoblado-Hodge, M. A., Lucas, S., Fitzgerald, D., Harris, A. y Brennan, J. Relative contributions of psychiatric symptoms and neuropsychological functioning to quality of life in first-episode psychosis. *Australian, New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 487-492, 2005
52. Norholm, V. y Bech, P. Quality of life in schizophrenic patients: association with depressive symptoms. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 32-37, 2006
53. Ho, B., Nopoulos, P., Flaum, M., Arndt, S. y Andreasen, N. C. Two-year outcome in first episode of schizophrenia: Predicting value of symptoms for quality of life. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1196-1201, 1998
54. Galletly, C. A., Clark, C. R., McFarlane, A. C. y Weber, D. L. Relationships between changes in symptom ratings, neurophysiological test performance and quality of life in schizophrenic patients treated with clozapine. *Psychiatry Research*, 72, 161-166, 1997
55. Addington, J., Young, J. y Addington, D. Social outcome in early psychosis. *Psychological Medicine*, 33, 1119-1124, 2003

56. Bow-Tomas, C. C., Velligan, D. I., Miller, A. L. y Olsen, J. Predicting quality of life of symptomatology in schizophrenia at exacerbation and stabilization. *Psychiatry Research*, 86, 131-142, 1999
57. Savilla, K., Kettler, L. y Galletly, C. Relationships between cognitive deficits, symptoms and quality of life in schizophrenia. *Australian N Z Journal of Psychiatry*, 42, 496-504, 2008
58. Priebe, S., Roeder-Wanner, U. U. y Kaiser, W. Quality of life in first-admitted schizophrenia patients: a follow-up study. *Psychological Medicine*, 30, 225-230, 2000
59. Hansson, L., Middelboe, T., Merinder, L., Bjarnason, O., Bengtsson-Tops, A., Nilsson, L., Sandlund, M., Sourander, A., Sørgaard, K.W. y Vinding, H. Predictors of quality of life in schizophrenic patients living in the community: a Nordic multicentre study. *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 247-58, 1999
60. Reine, G., Lancon, C., Di Tucci, S., Sapin, C., y Auquier, P. Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 297-303, 2003
61. Jarbin, H. y Hansson, L. Adult quality of life and associated factors in adolescent onset schizophrenia and affective psychotic disorders. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 39, 725-729, 2004
62. Malla, A. K., Norman, R. M., McLean, T. S, MacDonald, C., McIntosh, E., Dean-Lashley, F., Lynch, J., Scholten, D. y Ahmed, R. Determinants of quality of life in first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 46-54, 2004
63. Hofer, A., Kemmler, G., Eder, U., Edlinger, M., Hummer, M. y Fleischhacker, W. W. Quality of life in schizophrenia: the impact of psychopathology, attitude towards medication, and side effects. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 932-939, 2004
64. Karow, A., Moritz, S., Lambert, M., Schoder, S. y Krausz, M. PANSS Syndromes and Quality of Life in Schizophrenia. *Psychopathology*, 38, 320-326, 2005

65. Huppert, J., y Smith, T. E. Longitudinal Analysis of Subjective Quality of Life in Schizophrenia: Anxiety as the Best Symptom Predictor. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 669-675, 2001
66. Narvaez, J. M., Twamley, E. W., McKibbin, C. L., Heaton, R. y Patterson, T. L. Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98, 201-208, 2008
67. Kusel, Y., Laugharne, R., Perrington, S., McKendrick, J., Stephenson, D., Stockton-Henderson, J., Barley, M., McCaul, R. y Burns, T. Measurement of quality of life in schizophrenia: comparison of two scales. *Social psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 42, 819-823, 2007
68. Bengtsson-Tops, A., Hansson, L., Sandlund, M., Bjarnason, O., Korkeila, J., Merinder, L., Nilsson, L., Sørgaard, K. W., Vinding, H. R. y Middelboe, T. 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, 221-229, 2005
69. Huppert, J. D., Weiss, K. A., Lim, R., Pratt, S. y Smith, T. E. Quality of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depression. *Schizophrenia Research*, 51, 171-180, 2001
70. Conley, R. R., Ascher-Svanum, H., Zhu, B., Faries, D. E. y Kinon, B. J. The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 90, 186-197, 2007
71. Eack, S. M. y Newhill, C. E. Psychiatric Symptoms and Quality of Life in Schizophrenia: A Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1225-1237, 2007

1. Determinantes varios de calidad de vida

i) Sociodemográficos, sociales y personales

Calidad de vida Relación:	Sociodemográficos			Sociales y personales			
	Edad	Sexo (mujer)	educación	Red social	Apoyo social	Afrontamiento negativo	Eventos estresantes
Positiva	Ruggeri et al. (2005)	Ruggeri et al. (2005)	Ruggeri et al. (2005), Caron et al. (2005a)	Hansson y Bjorkman (2007)	Bechdolf et al. (2003), Ritsner (2003)		
Negativa	Caron et al. (2005a)	Hofer et al (2005)	Caron et al. (2005b)			Bechdolf et al. (2003) Ritsner et al. (2003)	Caron et al. (2005b) Ritsner (2003)

ii) Clínicos

Calidad de vida Relación	Clínicos				
	Efectos secundarios	Escasa Conciencia de enfermedad	Estigma	Tiempo Hospitalización	Necesidades no cubiertas
Negativa	Awad et al. (1997) Ritsner (2003)	Karow et al. (2008)	Depla et al. (2005)	Caron et al. (2005a, 2005b)	Hansson y Bjorkman (2007)

2. Determinantes psicopatológicos de calidad de vida

	CALIDAD DE VIDA			
SINTOMATOLOGÍA	Objetiva	Subjetiva	Objetiva y Subjetiva	Relacionada con la salud
Síntomas negativos	Gorna et al. (2008), Ho et al. (1998), Galletly et al. (1997) Narvaez et al. (2008), Kusel et al. (2007), Bengtsson-Tops et al. (2005)			Gorna et al (2008)
Síntomas positivos				Xiang et al (2007)
Síntomas positivos y negativos	Addington et al. (2003), Bow-Tomas et al. (1999), Savilla et al. (2008)			
Depresión (con o sin Ansiedad incluida)		Reine et al. (2003), Jarbin y Hansson (2004), Malla et al. (2004), Hofer et al. (2004) Narvaez et al. (2008), Kusel et al. (2007), Bengtsson-Tops et al. (2005)	Huppert et al. (2001), Conley et al. (2007)	Xiang et al (2007), Jarema y Konieczynska (2001), Wegener et al. (2005), Norholm y Bech (2006)
Ansiedad		Karow et al. (2005), Huppert y Smith (2001)		Wetherell et al (2003)

2. Artículo en proceso

Psychopathology as a predictor of global functioning in acutely admitted patients suffering from psychosis: a study in 11 European countries.

Petkari, E; Salazar-Montes, AM; Gutiérrez, B;

Nonay, P; EUNOMIA CORE GROUP; Torres-González, F; Cervilla, JA

Corresponding Author

Prof. Jorge A. Cervilla, MD, MSc, PhD, MRCPsych

CIBERSAM UGR Facultad de Medicina

Avenida de Madrid 11

18012 Granada

jacb@ugr.es

Abstract

This prospective analysis aimed to study the influence of psychopathological dimensions on the global functioning of psychotic patients, taking into account the role of a broad range of potential confounders. A large international cohort (n=1888) was evaluated both at baseline during a hospital admission and three months after discharge (follow up). Results of multiple linear regression analyses have demonstrated that affective symptoms (depressive and manic) prospectively predict a better global functioning, whilst tension/excitation symptoms determine poorer global functioning three months after hospital discharge. Apart from the influence of psychopathology, other factors seemed to have an independent effect on global functioning. Specifically, medication compliance, place of residence and being a woman, married or coupled and of a younger age also predicted better global functioning. Altogether, the regression model explained the almost the 24% of the variance in our outcome variable. This findings permitted us to postulate a parsimonious model to explain how psychopathology determines global functioning of psychotic patients prospectively, pointing out the influence of affective and manic symptoms as key determinants.

Key words: global functioning, psychopathology, psychotic patients, large international cohort, prospective determinants

Introduction

Psychotic disorders may have devastating consequences and lead to severe deterioration of sufferers' global functioning (Thaker and Carpenter, 2001), as psychotic patients generally experience a dysfunction in activities of daily living (ADL) such as work, education, interpersonal and family relationships, communication abilities and self-care (Patterson et al., 1998; Sharma and Antonova, 2003; Thornicroft, et al., 2004; Wiersma et al., 2000). Indeed, an assessment of patient's global functioning was added in the Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders 4th edition(DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994), constituting the Axis V of a comprehensive diagnosis, and a degree of global functioning loss is also required for the diagnosis of schizophrenia in the International Classification of Diseases, 10th Edition (ICD-10) (WHO, 1992). Global functioning can be reliably assessed using validated instruments, among which the most widely used is the Global Assessment of Functioning (GAF) (Goldman et al., 1992).

Factors related to global functioning

Among people with psychotic disorders (Haro et al., 2008; McGlashan and Bardenstein, 1990; Usall et al., 2002; Vázquez-Barquero et al., 1999) or those who are at a high risk for psychotic disorders (Willwhite et al., 2008), women seem to have a better level of global functioning than men. Similarly, younger age (Wittorf, et al., 2008; Zipursky and Schulz, 2002) and being under psychological and pharmacological treatment (Miyamoto et al., 2003; Valencia et al., 2004) have also been reported as associated with better global functioning. Cognitive impairment has also been consistently associated with

poorer global functioning (Green et al., 2004) or some of its components, such as social and everyday dysfunctioning (Green, 2006; Green et al., 2000; Harvey et al., 2009; Smith et al., 1999), self care abandonment (Harvey et al., 1998) or social skills deficits (Palmer et al., 2002) in psychotic patients. There is some debate as to whether the influence of cognitive impairment on global functioning is mediated by other psychopathology (e.g. negative symptoms) (Kurtz et al, 2006; Ventura et al, 2009) or whether psychopathology and cognitive impairment exert an independent effect on global functioning (Rocca et al., 2009). Villalta-Gil et al. (2006), in their study including patients suffering from schizophrenia, found that negative symptomatology, constituted the psychopathological factor that explained the major part of total disability in patients with schizophrenia.

Psychopathology and global functioning

There is evidence that psychopathological symptoms, nonetheless, play a major role in global functioning of patients suffering from a psychotic disorder. Thus, the presence of more negative symptoms was consistently found to associate with impairment of global functioning in cross sectional studies (Addington and Addington, 1999; Hofer et al., 2006; Rocca et al., 2009) or to be prospective predictors of global functioning (Herbener and Harrow, 2004; Kurtz et al, 2005; Lindstrom, 1996; Milev et al., 2005; Schennach-Wolf et al., 2009). Milev et al. (2005) followed-up a cohort of first episode psychotic patients for 7 years, and found that negative symptoms explained the major part of the variance of functioning, indicating the devastating persistent role of this kind of symptoms. Less attention has been given to the influence of positive symptomatology, but it also seems to play an important role on determining

global functioning (Heinrichs et al., 2009; Mohamed et al., 2008; Norman et al., 1999; Racenstein et al., 2002). Hence, Wittorf et al. (2008) in a longitudinal study with patients suffering from schizophrenia found that positive symptoms consistently predicted global functioning 1 year after hospital discharge. Moreover, Goldman et al. (1999) in a study with schizophrenic patients reported that global functioning had stronger correlations with positive than negative symptoms. However, the same authors (Goldman et al., 1999) also reported that depressive symptoms did not show any correlation with global functioning, although Mueser et al. (1997) suggest that depressive symptoms do determine vocational functioning in their longitudinal study. Furthermore, a European multicentre study (Gaite et al., 2005-the Epsilon Study) reported that all three types of symptoms, negative, positive and affective, explained most of the variance of global functioning. The effect size of symptomatology in this study was consistent across the five centres that took part, suggesting that the role of symptomatology on determining global functioning of psychotic patients is unlikely to be affected by cultural and other differences across nations.

Whilst many clinical decisions in clinical practice with psychotic patients depend on their psychopathological assessment, there is still a relative shortage of prospective studies that explore how psychopathological symptoms influence the patients' global functioning. In this analysis, we set out to study such influence from a broad psychopathological perspective, taking into account the role of potential confounders and using a large European cohort of psychotic patients who were followed-up for three months after an in-patient admission.

Materials and Methods

This paper derives from EUNOMIA project database. The Eunomia study (Kallert et al, 2005) is an international project funded by the European Commission. A detailed description of the EUNOMIA project methodology can be found elsewhere (Kallert et al., 2005, Mastrogianni et al., 2004; please, see also: www.eunomiastudy.net). In brief, its original aim was to assess the quality of clinical attention in mental health and the practice of coercive measures and their outcomes in psychiatry. Its naturalistic and epidemiological design was implemented at 13 centres in 11 European countries (Bulgaria, Czech Republic, Germany, Greece, Spain, Italy, Lithuania, Poland, Slovakia, Sweden, United Kingdom) and one associated (Israel). More than 3400 patients, who were admitted to acute wards in these centres, were evaluated during the period 2003-2005. Patients were excluded if they have been admitted to a special unit only for forensic psychiatric or intoxicated patients or suffered from eating disorders or dementia. Each patient was assessed at three time points: within the first seven days of admission, at 4 weeks and at 3 months after admission, independently of his/her current living situation.

The Sample

Out of the initial sample of 3400 patients, all 1888 with a diagnosis of psychotic disorder (i.e., F20-29 diagnosis according to ICD-10 as established by psychiatric reports at admission and the clinical history of every patient) were included in the present analysis. Other inclusion criteria included being between 18 and 65 years of age, having complete data for the variables included in this analysis (see below) and having a signed informed consent form for participation in EUNOMIA. Patients with incomplete data of global functioning or symptomatology were excluded.

Outcome Variable

The outcome variable in this analysis was patients' global functioning as evaluated using the Global Assessment of Functioning scale (GAF) (Goldman et al., 1992). GAF was measured twice (at months 0 and 3) and main outcome used was time 1 (month 3) measurements adjusted by time 0 (month 0) GAF ratings. This scale constitutes axis V of the Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders 4th edition (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994) and assesses patient's social occupational and psychological functioning in an imaginative continuum of 1 to 100 points, which is divided in 10 ranges of 10 points, although a single score that represents patient's level of functioning is obtained.

Independent Variables

Variables and measurement instruments in the EUNOMIA study have been reported previously (Kallert et al., 2005; Mastrogiani et al., 2004). For the specific purposes of this analysis, we used the following independent variables:

a) Data on age, sex, education, occupational and civil status, study center, pharmacological and other treatment and hospital admissions, that was obtained via systematic inspection of the patient's medical records.

b) To examine the presence of psychopathology, the expanded Brief Psychiatric Rating Scale-24 item version (BPRS-E; Lukoff et al., 1986) was administered. This scale is broadly used by clinics for evaluating psychotic symptoms through an interview to the patients within which six new items were added to the original scale (Overall and Gorham, 1962), in order to gain more sensibility to a wide range of psychotic and affective symptoms.

Statistical analyses

For the present analysis, assessment scores at time of admission (T0) and 3 months later (T1) were used. Analyses were carried out taking into account ratings of the GAF scale at T0 and T1, plus the BPRS scores, sociodemographic and clinical variables of initial assessment (T0). Four types of statistical analyses were performed using the SPSS 15 for Windows: a descriptive analysis, a factor analysis and two sets of multiple regression analysis (univariate and multivariate).

The first was a descriptive analysis including the psychosocial and clinical characteristics of the sample and its distribution on the various diagnostic categories according to the ICD-10.

The second was a principal component analysis (PCA) with Kaiser varimax rotation of the BPRS, determining the sedimentation curve, standard deviation and variance. The 24 items of the scale were distributed to 6 categories and the weight of each item was calculated for each one of the 6 dimensions found.

The third was a set of multiple regression analyses, to determine cross-sectional determinants of GAF scores at T0. This included a univariate analysis, where psychopathologic dimensions of BPRS were exclusively entered in the regression, and a multivariate analysis where BPRS dimensions at T0 and the rest of psychosocial variables (age, sex, civil status, medication, study center) were entered together in the model.

The fourth included a set of regression analysis that served for examining if psychopathological dimensions at admission (T0) determine GAF scores

longitudinally (T1). This time, in the univariate multiple regression, BPRS dimensions at T0 were entered as the independent variables, and in the multivariate multiple regression, BPRS dimensions together with other psychosocial variables (age, sex, civil status, medication, study center) and GAF scores at T0 were entered in the model. Results of this second set of regression analysis represent the change in patients' global functioning from T0 to T1.

Results

1. Sociodemographic, clinical and psychosocial characteristics

1888 patients with an ICD-10 diagnosis of psychotic disorder (F20-F29), 1061 men (56.2%) and 824 women (43.6%) with a mean age of 38.8 years (SD=11.02) were included in this analysis. The average age at the time of leaving education was 18.4 years (SD=4.24). A majority of them were single (61.2%) while only the 21.7% were married. 11.6% of them had a full time job and 42.6% was receiving a pension. 77% of the patients had a previous hospital admission, whereas for the rest of them (23%) this was their first admission. Over the week prior of initial assessment 90.1% of the sample had complied with taking the prescribed medications on a regular base and 86.7% attended their therapy sessions regularly. 1045 patients fulfilled ICD-10 criteria for a diagnosis of paranoid schizophrenia (55.3%), 137 suffered from other type of schizophrenia (7.3%), 77 had a diagnosis of residual schizophrenia (4.1%) and 629 (33.3%) suffered from other type of psychosis. Initial (T0) average BPRS ratings of the sample was 2.1 (SD=0.6), while at T1 was 1.6 (SD=0.46). Referred to average of GAF scores, that was 31.1 (SD=13.55) at T0 and 49.66

(SD=16.71) at T1. Specifically, GAF scores at T0 were higher in Naples (M=41,28; SD=13.22), followed by Granada and Málaga (M=38,05;SD=13.65), Wroclaw (M=37.08; SD=12.57), Tel Aviv (M=34,29;SD=18.35), London (M=33,91;SD=9.92), Oerebro (M=31,27; SD=11.57) and Prague (M=30.85;SD=13.30). Average score in Dresden was 27,15 (SD=8.61), followed by Sofia (M=26,33;SD=15.88), Vilnius (M=26.20;SD=9.89) and Michalovce (M=25.44; SD=10.49), whereas the lowest score was obtained in Thessaloniki (M=23.85; SD=6.80) (Table 1). No significant differences were found for sex frequency, mean age or mean psychopathology dimensions' scores, among subjects with psychotic disorder with or without complete GAF ratings information at either time 0. The same holds for T1 GAF scores, with the exception of tension and depressive dimensions, which tended to be lower among those subjects who were lost to follow-up.

2. BPRS Psychopathological Dimensions

The Principal Component Analysis (PCA) of the BPRS scores of our sample resulted in six principal components with eigenvalues over 1.0 that explained 61.2% of the variance. After varimax rotation, these factors were identified as mania, negative, positive, depressive, tension/excitation and anxiety.

3. Associations with global functioning

3.1 Cross sectional associations (T0)

When merely psychopathological dimensions were examined as possible cross sectional determinants of global functioning at T0, three of them (tension-

excitation, negative and positive) resulted as significant predictors. The corrected R squared indicated that negative dimension accounted for 3% of the variance in the GAF score, positive dimension for 14% of the variance and tension-excitation for the 3.8% of the variance.

Next, psychopathological dimensions were considered together with other confound variables, to define potential cross sectional determinants of global functioning at point of admission (T0). In this case, the model explained 23.6% of the variance and included the variable of sex and study center and the three symptomatic dimensions (tension-excitation, negative and positive). Cross sectional determinants of global functioning can be seen in Table 2.

3.2 Prospective associations

Examining the prospective psychopathological predictors of global functioning 3 months later (T1), firstly scores in symptomatic dimensions at point of admission were entered in the model. Results shown that tension-excitation dimension accounted for 5% of the variance, mania for the 1,4% and depressive for the 0,9% of the variance in the GAF scores. No other symptomatic dimensions resulted as significant longitudinal predictors of global functionality.

For exploring whether other confound variables predict global functioning prospectively together with symptoms, psychosocial variables were entered in the model, in addition to the symptomatic dimensions. As Table 3 shows, this analysis revealed that the three psychopathological dimensions (tension-excitation, positive and depressive) predicted global functioning three months later, together with age at admission, sex, civil status, study center, GAF scores

at T0 and medication. According to the corrected R squared, this model explained 23.9% of the variance in global functioning.

Discussion

The purpose of the present analysis was to investigate whether psychopathology during acute psychosis was an independent predictor of global functioning three months later. We found prospective evidence that affective symptoms protect against poor functionality, which, conversely, is predicted by the presence of tension/excitation symptoms. The longitudinal design of the study, the relatively large sample of psychotic patients and the inclusion of potential confounders in the multivariate analysis used, made it possible for us to postulate a fairly comprehensive and parsimonious model to explain how psychopathology determines global functioning in psychotic patients (Figure 1).

4.1 Positive/Negative Symptoms and Global Functioning

We found a cross-sectional association between positive symptomatology and global functioning at time of admission, in accordance with other studies (Heinrichs et al., 2009). However, we did not find a prospective association between positive symptoms and prospectively measured global functioning as opposed to previous reports (Goldman et al., 1999; Wittorf et al., 2008). We hypothesize that the influence of positive symptoms is higher when they are at its highest peak of expression (i.e., during admission) but not after three months, something supported by the well-known effectiveness of antipsychotic treatments when compliance is adequate (Sthal, 2009).

A cross-sectional association between global functioning and negative symptoms was only apparent whilst during admission as reported earlier (Addington and Addington, 1999; Hofer et al., 2006; Rocca et al., 2009; Villalta-Gil et al., 2006). However, this association did not hold significant prospectively indicating its possible dependence on compliance with medication, which, in turn, was indeed a prospective determinant of global functioning. Previous findings of positive prospective associations between negative symptoms might be explainable by the absence of adjustment by potential confounders (medication, cognitive functioning) and/or other psychopathological dimensions (Herbener and Harrow, 2004; Milev et al., 2005) or by the use of different measures of psychopathology (Lindstrom, 1996; Schennach-Wolf et al., 2009).

4.2 Affective Symptoms and Global Functioning

Affective symptoms have been consistently associated with better prognosis in schizophrenia (Davidson and McGlashan, 1997) and the prospective role of depressive symptoms was also reported previously (Gaiete et al., 2005-the Epsilon Study). We found that both depressive and manic symptoms (excluding tension/excitation, which emerged as an independent factor in our factor analysis) prospectively predict a better global functioning. This finding is agreeable with both clinical practice and classical description of less severe forms of psychotic symptoms, when mediated or congruent with an affective state (Salokangas, 2003; Sims, 1998).

4.3 Tension/Excitation Symptoms and Global Functioning

To the best of our knowledge, no previous study has reported a distinct tension/excitation dimension, as separated from manic symptoms, when

exploring psychopathology in a psychotic cohort. According to Ventura et al. (2000) whilst the manic dimension is well represented in the BPRS through items of motor hyperactivity, distraction, grandiosity and elevated mood, such items are missing as such from the PANSS. Therefore, studies using the PANSS could possibly be unable to detect the tension/excitation dimension. Previous studies (Kopelowicz et al., 2008; Ruggeri et al., 2005; Ventura et al., 2000) had amalgamated within the same dimension what our study split into two discrete ones (i.e., manic and tension/excitation) with, indeed, opposite effects on our outcome variable. We pose that the poorer global functioning predicted by tension/excitation may be due to more basic and less elaborated forms of psychopathology that are less likely to respond to treatment and/or are likely to be part of more severe forms of psychosis.

4.4 Other Factors and Global Functioning

Apart from the influence of psychopathological dimensions as determinants of global functioning, other factors also associate independently to global functioning in psychotic patients. In particular, being a woman, married or coupled and of a younger age appears to predict a better global functioning three months later. Such findings are consistent with previous reports (Gaité et al., 2005; Haro et al., 2008; McGlashan and Bardenstein, 1990; Wittorf et al., 2008; Zipursky and Schulz, 2002). Place of residence, as defined by study center, also seems to determine global functioning, but does not alter the contribution of psychopathological variables, consistent with another international study (Gaité et al., 2005). As it makes clinical sense, and previously reported (Miyamoto et al., 2003; Valencia et al., 2004), adequate compliance with medication also predicts better functionality in our sample.

4.5 Limitations and Strengths

Some limitations should be taken into account when interpreting our results. The present analysis derives from the EUNOMIA study, an international project that was destined to examine coercive measures in psychiatry and quality of clinical practice. The exploration of global functioning and its determinants was not specifically planned to serve the purposes of the study. Consequently, though a broad range of potential determinant variables was examined in this analysis, it was not possible to test the possible effect of others previously reported in the literature, such as cognitive performance (Green et al., 2004), or duration of untreated psychosis (Marshall et al., 2005). Thus, there is a need for future studies that incorporate to their design such potential determinants of global functioning in addition to using longitudinal designs with representative samples of psychotic patients. On the other hand, the major strengths of this study are its relatively large number of psychotic patients included and its prospective design.

References

- Addington, J., Addington, D., 1999. Neurocognitive and social functioning in schizophrenia. *Schizophr. Bul.* 25 (1), 173–182.
- American Psychiatric Association, 1994. *DSM- IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, APA. Washington.
- Davidson, L., McGlashan, T.H. 1997. The varied outcomes of schizophrenia. *Can. J. Psychiatry*, 42, 34-43.
- Haro, J.M., Novick, D., Suarez, D., Ochoa, S., Roca, M., 2008. Predictors of the

course of illness in outpatients with schizophrenia: a prospective three-year study. *Prog. Neuro-psychopharmacol. Biol. Psychiatry* 32, 1287–1292.

Harvey, P.D., Keefe, R.S.E., Patterson, T.L., Heaton, R.K., Bowie R. C., 2009. Abbreviated neuropsychological assessment in schizophrenia: Prediction of different aspects of outcome *J. Clin. Exp. Neuropsychol.* 31, 462-471.

Harvey, P.D., Howanitz, E., Parrella, M., White, L., Davidson, M., Mohs, R. C., Hoblyn, J., Davis, K. L., 1998. Symptoms, Cognitive Functioning, and Adaptive Skills in Geriatric Patients With Lifelong Schizophrenia: A Comparison Across Treatment Sites. *Am. J. Psychiatry* 155, 1080-1086.

Heinrichs, R. W., Ammari, N., Miles, A., McDermid Vaz, S., Chopov, B., 2009. Psychopathology and cognition in divergent functional outcomes in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 109, 46–51.

Herbener, E.S., Harrow, M., 2004. Are negative symptoms associated with functioning deficits in both schizophrenia and non-schizophrenia patients? A 10-year longitudinal analysis. *Schizophr. Bul.* 30 (4), 813-825.

Hofer, A., Rettenbacher, M.A., Widschwendter, C.G., Kemmler, G., Hummer, M., Fleischhacker, W.W., 2006. Correlates of subjective and functional outcomes in outpatient clinic attendees with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Eur. Archiv. Psych. Clin. Neuroscience* 256 (4), 246–255.

- Gaite, L., Vázquez-Barquero, J.L., Herrán, A., Thornicroft, G., Becker, T., Sierra-Biddle, D., Ruggeri, M., Schene, A., Knapp, M., Vázquez-Bourgona, J. EPSILON Group, 2005. Main determinants of Global Assessment of Functioning score in schizophrenia: a European multicentre study. *Compr. Psychiatry* 46, 440-446.
- Goldman, H.H., Skodol, A.E., Lave, T.R., 1992. Revising Axis V for DSM-IV: A review of measures of social functioning. *Am. J. Psychiatry*, 149, 1148–1156.
- Goldman, M., Dequardo, R., Tandon, R., Taylor, S., Jibson, M., 1999. Symptom correlates of global measures of severity in schizophrenia. *Compr. Psychiatry* 40, 458-461.
- Green, M.F., 2006. Cognitive impairment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorder. *J. Clin. Psychiatry* 67, 3–8.
- Green, M.F., Kern, R.S., Braff, D.L., Mintz, J., 2000. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the right stuff? *Schizophr. Bull.* 26, 119–136.
- Green, M.F., Kern, R. S., Heaton, R.K., 2004. Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophr. Res.* 72, 41-51.
- Kallert, T., Glöckner, M., Onchev, G., Raboch, J., Karastergiou, A., Solomon, Z., Magliano, L., Dembinskas, A., Kiejna, A., Nawka, P., Torres-Gonzalez, F., Priebe, S., Kjellin, L., 2005. The EUNOMIA project on coercion in

psychiatry: Study design and preliminary data. *World Psychiatry*, 4, 168-172.

Kopelowicz, A., Ventura, J., Liberman, R.P., Mintz, J., 2008. Consistency of Brief Psychiatric Rating Scale Factor Structure across a Broad Spectrum of Schizophrenia Patients. *Psychopathology*, 41, 77-84.

Kurtz, M.M., 2006. Symptoms versus neurocognitive skills as correlates of everyday functioning in severe mental illness. *Expert Rev Neurother.* 6, 47-56.

Lindstrom, L.H., 1996. Clinical and biological markers for outcome in schizophrenia: a review of a longitudinal follow-up study in Uppsala schizophrenia research project. *Neuropsychopharmacology* 14, 23S–26S.

Lukoff, D., Nuechterlein, K. H., Ventura, J., 1986. Manual for the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale. *Schizophr. Bull.* 12, 594-602.

Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., Croudace, T., 2005. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry.* 62(9), 975-83.

Mastrogianni, A., Georgiadou, E., Iosifidis, I., Kotrotsios, S., Karastergiou, A., the EUNOMIA team, 2004. The Eunomia study: European evaluation of coercion in psychiatry and harmonization of best clinical practice. *Hellenic Gen. Hosp. Psychiatry*, 3, 37-43.

- McGlashan, T. H., Bardenstein, K. K., 1990. Gender Differences in Affective, Schizoaffective, and Schizophrenic Disorders. *Schizophr. Bull.* 16(2), 319-329.
- Milev, P., Ho, B., Arndt, S., Andreasen, N., 2005. Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: a longitudinal first-episode study with 7-year follow-up. *Am. J. Psychiatry* 162, 495–506.
- Miyamoto, S., Lieberman, J.A., Fleischhacker, W.W., Aoba, A., Marder, S.R., 2003. Antipsychotic drugs. In: Tasman, A., Kay, J., Lieberman, J.A. (eds). *Psychiatry*, 2nd edn. John Wiley & Sons, Ltd: Chichester, pp 1928–1964.
- Mohamed, S., Rosenheck, R., Swartz, M., Stroup, S., Lieberman, J.A., Keefe, R.S.E., 2008. Relationship of cognition and psychopathology to functional impairment in schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 165, 978–87.
- Mueser, K.T., Becker, D.R., Torrey, W.C., Xie, H., Bond, G.R., Drake, R.E., Dain, B.J., 1997. Work and non-vocational domains of functioning in persons with severe mental illness: a longitudinal analysis. *J Nerv Ment Dis* 185, 419 -26.
- Norman, R.M., Malla, A.K., Cortese, L., Cheng, S., Diaz, K., McIntosh, E., 1999. Symptoms and cognition as predictors of community functioning. A prospective analysis. *Am J Psychiatry* 156, 400–405.
- Overall J. E., Gorham, D. R., 1962. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Rep.* 10, 799-812.

- Palmer, B.W., Heaton, R.K., Gladsjo, J.A., Evans, J.D., Patterson, T.L., Golshan, S., Jeste, D.V., 2002. Heterogeneity in functional status among older outpatients with schizophrenia: Employment history, living situation, and driving. *Schizophr. Res.* 55, 205–215.
- Patterson, T., Klapow, J., Eastham, J., Heaton, R., Evans, J., Koch, W., Jeste, D., 1998. Correlates of functional status in older patients with schizophrenia. *Psychiatric Res.* 80, 41-52.
- Racenstein, J.M., Harrow, M., Reed, R., Martin, E., Herbener, E., Penn, D.L., 2002. The relationship between positive symptoms and instrumental work functioning in schizophrenia: A 10 year follow-up study. *Schizophr. Res.* 56, 95-103.
- Rocca, P., Montemagni, C., Castagna, F.,Giugiario, M., Scalese, M., Bogetto, F., 2009. Relative contribution of antipsychotics, negative symptoms and executive functions to social functioning in stable schizophrenia. *Progress Neuro-Psychopharmac. Biol. Psychiatry* 33, 373–379.
- Ruggeri, M., Koeter, M., Schene, A., Bonetto, C., Vázquez-Barquero, J.L., Becker, T., Knapp, M., Knudsen, H.C., Tansella, M., Thornicroft, G. The EPSILON study Group, 2005. Factor solution of the BPRS-expanded version in schizophrenic outpatients living in five European countries. *Schizophr. Res.* 75, 107– 117.
- Salokangas, R. 2003. Symptom dimensions and outcome in schizophrenia. *World Psych.*, 2, 172-178.

Schennach-Wolff, R. Jäger, M., Seemüller, F., Obermeier, M., Messer, T., Laux, G., Pfeiffer, H., Naber, D., Schmidt, L.G., Gaebel, W., Huff, W., Heuser, I., Maier, W., Lemke, M.R., Rütger, E., Buchkremer, G., Gastpar, M., Möller, H., Riedel, M., 2009. Defining and predicting functional outcome in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr. Res.* 113, 210–217.

Sharma, T., Antonova, L., 2003. Cognitive function in schizophrenia. Deficits, functional consequences, and future treatment. *Psych. Clin. North America* 26, 25–40.

Sims, A., 1998. *Symptoms in the Mind*. WB Saunders, London.

Smith, T., Hull, J., Romanelli, S., Fertuck, E., Weiss, K., 1999. Symptoms and neurocognition as rate limiters in skills training for psychotic patients. *Am. J. Psychiatry*, 156, 1817-1818.

Sthal, S., 2009. *Sthal's Essential Psychopharmacology*, 3rd, Cambridge University Press, New York.

Thaker, G.K., Carpenter, W.T., 2001. Advances in schizophrenia. *Nature Medicine* 7,667– 671.

Thornicroft, G., Tansella, M., Becker, M., Knapp, M., Leese, M., Schene, A., 2004. The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophr Res* 69,125–132.

Usall, J., Haro, J.M., Ochoa, S., Márquez, M., Araya, S., NEDES Group (Assessment Research Group in schizophrenia), 2002. Influence of

gender on social outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 106. 337-342.

Valencia, M.C., Ortega-Soto, H. A., Rodríguez, M., Gomez, L.C., 2004. (article in spanish). Estudio comparativo de consideraciones clínicas y psicoterapéuticas en el tratamiento biopsicosocial de la esquizofrenia. Primera parte. *Salud Mental*, 27,4, 47-53.

Vázquez-Barquero, J.L., Cuesta, M.J., Herrera, S., Lastra, I., Herrán, A., Dunn, G., 1999. Cantabria first-episode schizophrenia study: three-year follow-up. *Br. J. of Psychiatry*, 174,141-9.

Ventura, J., Helleman, G.S. Thames, A.D., Koellner, V., Nuechterlein, K. H., 2009. Symptoms as mediators of the relationship between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophr. Res.* 113,189–199.

Ventura, J., Nuechterlein, K.H., Subotnik, K.L., Gutkind, D., Gilbert, E.A., 2000. Symptom dimensions in recent-onset schizophrenia and mania: a principal components analysis of the 24-item Brief Psychiatric Rating Scale. *Psych. Res.* 97, 129-135.

Villalta-Gil, V., Vilaplana, M., Ochoa, S., Haro, J.M., Dolz, M., Usall, J., Cervilla, J., NEDENA Group, 2006. Neurocognitive performance and negative symptoms: Are they equal in explaining disability in schizophrenia outpatients? *Schizophr. Res.* 87, 246-253.

World Health Organization, 1992. *ICD-10:International Classification of Diseases, Mental and Behaviour Disorders 10th*. Geneva, Switzerland.

- Wiersma, D., Wanderling, J., Dragomirecka, E., Ganev, K., Harrison, G., An Der Heiden, W., Nienhuis, F.J., Walsh, D., 2000. Social disability in schizophrenia: its development and prediction over 15 years in incidence cohorts in six European centres. *Psychol. Med* 30, 1155–1167.
- Willwhite, R.K., Niendam, T.A., Bearden, C.E., Zinberg, J., O'Brien, M.P., Cannon, T.D., 2008. Gender differences in symptoms, functioning and social support in patients at ultra high risk for developing a psychotic disorder. *Schizophr. Res.* 104, 237-45.
- Wittorf, A., Wiedemann, G., Buchkremer, G., Klingberg, S., 2008. Prediction of community outcome in schizophrenia 1 year after discharge from inpatient treatment. *Eur. Arch Psychiatry Clin. Neurosciences*, 258,48–58.
- Zipursky, R., Schulz, S., 2002. *The early stages of schizophrenia*. Washington (DC) American Psychiatric Publishing Inc. pp. 33-54.

Table 1: Descriptive characteristics of the sample (n=1888)

Sociodemographic Characteristics		Mean (SD)	Percentage
Sex	Male		56.2%
	Female		43.6%
Age		38.8 (11.02)	
Age at leaving education		18.4 (4.24)	
Civil Status	Single		61.2%
	Married		21.7%
Employment	Full time job		11.6%
	Pensioner		42.6%
Global Functioning			
GAF Scores	T0	31.1 (13.55)	
	T1	49.66(16.71)	
Study Center		Mean of GAF(SD)	
Dresden (Germany)		27,15 (8.61)	
Sofia (Bulgaria)		26,33 (15.88)	
Prague (Czech Republic)		30,85 (13.30)	
Thessaloniki (Greece)		23,85 (6.80)	
Tel Aviv (Israel)		34,29 (18.35)	
Naples (Italy)		41,28 (13.22)	
Vilnius (Lithuania)		26,20 (9.89)	
Wroclaw (Poland)		37,08 (12.57)	
Michalovce (Slovakia)		25,44 (10.49)	
Granada and Málaga (Spain)		38,05 (13.65)	
London (United Kingdom)		33,91(9.92)	
Orebro (Sweden)		31,27 (11.57)	
Clinical-Psychopathologic Characteristics			
Hospital Admissions	1 st Admission		77%
	Not 1 st Admission		23%
Medication Compliance			90.1%
Other Treatment Compliance			86.7%
Diagnosis	ParanoidSchizophrenia		55.3%
	Residual Schizophrenia		4.1%
	Other Schizophrenia		7.3%
	Other Psychosis		33.3%
BPRS Ratings	T0	2.1 (0.6)	
	T1	1.6 (0.46)	

SD: Standard Deviation; GAF: Global Assessment of Functioning; BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale T0: Initial assessment, T1: 3 months assessment

Table 2: Multivariate cross-sectional associations between psychopathological dimensions and of global functioning

Associated factors	Confidence Interval for β at 95%		Coefficients		
	Upper Limit	Lower Limit	β	t	p
BPRS Negative Dimension	-3.03	-1.84	-.176	-7.983	.000
BPRS Positive Dimension	-5.65	-4.44	-.364	-16.351	.000
BPRS Tension-Excitation Dimension	-2.8	-1.50	-.155	-6.571	.000
Sex	2.06	4.45	.118	5.278	.000
Study Center	.128	.512	.078	3.271	.001

p<.001

BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale; T0: Initial assessment

Table 3: Prospective psychopathological predictors of global functioning adjusting by potential confounders.

Predictors	Confidence Interval for β at 95%		Coefficients		
	Upper Limit	Lower Limit	β	t	p
BPRS Depression Dimension			.065	2.325	.020
BPRS Mania Dimension			.096	3.391	.001
BPRS Tension-Excitation Dimension			-.181	-5.855	.000
Sex			-.103	-3.431	.001
Age on admission			-.074	-2.300	.022
Marital Status			.081	2.494	.013
Compliance with Medication			-.152	-5.355	.000
Study Center			-.125	-4.090	.000
GAF scores at T0			.379	12.170	.000

p<.001

BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale; T0: Initial assessment, T1: 3 months assessment

Figure 1: Prospective Model Psychopathological and Clinical Predictors of Global Functioning Determinants in Patients with Psychosis

